Niveau(x) d'enseignement: 4
Centre d'intérêt: 930

Numéro EDUQ : 9570528

Gaudreau, Louise.

Des jeunes et le sida : rapport de recherche / Louise Gaudreau. -- Montréal : Centre de recherches en éducation L.G., c1991.
68 p. ; 28 cm.

Bibliogr.: p. 58-59.

ISBN 2-9802401-0-9

Vedette(s)-secondaire(s): Centre de recherches en éducation L.G

Descripteur(s): Maladie transmise sexuellement * Jeune * Prévention * Education sexuelle * Questionnaire * Statistiques * Secondaire (Ordre d'enseignement)

Identificateur(s) de nom: Ile de Montréal

Identificateur(s) de sujet: Sida

Ce rapport fait connaître les résultats d'une recherche effectuée en 1990 auprès de jeunes de 14 à 18 ans qui font partie de la clientèle cible des organisations hors scolaires destinées aux jeunes. Trois quartiers de Montréal et deux villes, tous du nord de l'île de Montréal, font partie du territoire délimité pour recueillir les données: Cartierville, Ahuntsic, Saint-Michel, Ville Saint-Laurent et Montréal-Nord. La plupart des jeunes de l'échantillon fréquentent l'école secondaire. Les données de l'enquête font voir comment les jeunes se situent par rapport à la problématique du sida et de la prévention. Questionnaire à l'annexe A.

Niveau(x) d'enseignement: 4 Numéro EDUQ : 9570528
Centre d'intérêt: 930

Gaudreau, Louise.

Des jeunes et le sida : rapport de recherche / Louise Gaudreau. -- Montréal : Centre de recherches en éducation L.G., c1991.
68 p. ; 28 cm.

Bibliogr.: p. 58-59.

ISBN 2-9802401-0-9

Vedette(s)-secondaire(s): Centre de recherches en éducation L.G

Descripteur(s): Maladie transmise sexuellement * Jeune * Prévention * Education sexuelle * Questionnaire * Statistiques * Secondaire (Ordre d'enseignement)

Identificateur(s) de nom: Ile de Montréal

Identificateur(s) de sujet: Sida

Ce rapport fait connaître les résultats d'une recherche effectuée en 1990 auprès de jeunes de 14 à 18 ans qui font partie de la clientèle cible des organisations hors scolaires destinées aux jeunes. Trois quartiers de Montréal et deux villes, tous du nord de l'île de Montréal, font partie du territoire délimité pour recueillir les données: Cartierville, Ahuntsic, Saint-Michel, Ville Saint-Laurent et Montréal-Nord. La plupart des jeunes de l'échantillon fréquentent l'école secondaire. Les données de l'enquête font voir comment les jeunes se situent par rapport à la problématique du sida et de la prévention. Questionnaire à l'annexe A.

NFN: 3424

Louise GAUDREAU

Des jeunes et le sida: rapport de recherche

Centre de recherches en éducation L.G. Inc.

©Centre de recherches en éducation L.G. Inc.
Tous droits réservés. Imprimé au Canada.
Dépôt légal (Québec et Ottawa)- 2è trimestre 1991
ISBN 2-9802401-0-9

95-70528

CADRE
CENTRE DE DOCUMENTATION
1940, BOUL. HENRI-BOURASSA EST
MONTRÉAL H2B 1S2

Louise GAUDREAU, Ph.D.

252-0569

Des jeunes et le sida: rapport de recherche

Centre de recherches en éducation L.G.Inc.
2425 rue Théodore, Montréal (Québec, Canada)
©1991.

Table des matières

Collaborateurs et collaboratrices à la recherche ii

Introduction 1

1. Des jeunes, leurs intervenants hors scolaires et le Centre de promotion de la santé sexuelle 2
2. Quand on est adolescent ou adolescente 4
3. Le face à face des jeunes avec le sida 6
4. La méthodologie 9
   4.1 La description des répondants en comparaison avec ceux de l'enquête canadienne 9
   4.2 Le questionnaire 14
   4.3 L'administration du questionnaire 16
5. Les résultats 16
   5.1 Les connaissances 17
   5.2 Les attitudes 24
   5.3 Les comportements 34
   5.4 Les interrelations entre les connaissances, les attitudes, les comportements, le sexe et l'âge 44

Conclusions 53

Bibliographie 58

Annexe A: Questionnaire de la recherche 60

***

Liste des tableaux

Tableau 1: Description générale des répondants 10

Tableau 2: Distribution (fréquence) des réponses au test de connaissance 18

Tableau 3: Test d'attitude: moyennes et fréquences des réponses positives et négatives 25

Tableau 4: Fréquence de répondants par rapport à des aspects du comportement sexuel 35

Tableau 5: Résultats par âge pour les connaissances, les attitudes et le taux de relations sexuelles 45

Tableau 6: Relations établies avec les connaissances 46

Tableau 7: Relations entre le test d'attitude et le sexe des répondants 49

Tableau 8: Relations établies entre le taux d'activités sexuelles et les différentes variables de l'expérience sexuelle 50

N.B. Pour alléger la lecture du texte, la forme masculine des noms qui font référence aux personnes sera utilisée.

Cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention octroyée par le Comité d'Aide Financière aux Chercheurs et aux Créateurs à l'Université du Québec à Montréal

Ont collaboré à la réalisation des travaux de cette recherche:

- du Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal:

Louise Gaudreau, Ph.D.., professeur, chercheuse principale (direction des travaux),
Eugène Graziani, B.A., sexologue-éducateur, auxiliaire de recherche
Liliane Lavertu, M.A. sexologue-éducatrice, assistante de recherche

- du Département de Santé Communautaire de l'Hôpital du Sacré-Coeur:

Michèle Dupont, M.D., M.Sc., co-chercheuse,(coordination du Centre de promotion de santé sexuelle) médecin-conseil
Gaétan Girard, B. Ed., éducateur en santé
Marthe Laurin, B.Sc., infirmière, coordination du module MTS-sida

- des établissements et organisations pour jeunes sur le territoire du DSC de l'Hôpital du Sacré-Coeur:

- les intervenants-jeunesse et les personnes responsables des 20 milieux: merci!
- les 210 jeunes qui les ont rencontrés dans les deux semaines que durait la collecte de données en avril ou mai 1990: merci !...

Pour freiner la propagation du sida, une des priorités du monde de la santé consiste à intervenir efficacement et rapidement auprès des jeunes. Les spécialistes croient en effet que plusieurs personnes n'avaient pas encore 20 ans lorsqu'elles ont été infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (ci-après VIH). Cette hypothèse se justifie par la période de latence, moment entre la contamination et l'apparition des symptômes du sida, qui s'étale sur plusieurs années allant jusqu'à une dizaine d'années (Centre fédéral sur le sida, 1991; Gordon et Klouda, 1989; Organisation mondiale de la santé, 1989). Au Canada, cette hypothèse sur la contamination avant la vingtaine est fort plausible pour au moins deux raisons: premièrement parce que dans plus de 80% des cas de sida déclarés au Canada (N=4,647 en janvier 1991), l'infection au VIH s'est propagée par l'entremise des comportements sexuels (Centre fédéral sur le sida, 1991) et deuxièmement, parce qu'une grande proportion de jeunes canadiens ont leurs premières relations sexuelles autour de 14-15 ans (King, Beazley, Warren, Hankins, Robertson et Radford, 1988; Lévy et Dupras, 1989).

La nécessité et l'importance de baser scientifiquement et pédagogiquement les tentatives qui visent à favoriser la prévention en matière de sida sont évidentes. De meilleures informations sur les jeunes permettent de mieux déterminer les priorités et les actions les plus efficaces en vue de diminuer la vulnérabilité collective et personnelle de la jeunesse à l'infection par le VIH. La recherche rapportée ici servait cet objectif. Elle peut aussi illustrer qu'il est possible d'accomplir des recherches valables et utiles en prévention dans le domaine du sida, sur une base locale et relativement rapidement, pourvu qu'une véritable collaboration s'installe entre les domaines de la santé, de la sexologie et de l'éducation.

Ce rapport vise donc à faire connaître les résultats d'une étude planifiée, réalisée et terminée en 1990 grâce à la collaboration établie entre un Département de Santé Communautaire (ci-après DSC) et une équipe de recherche universitaire en sexologie et en éducation sexuelle. Cette recherche a été menée en 1990 et portait sur les 14-18 ans qui font partie de la clientèle-cible des organisations hors scolaires destinées aux jeunes. Le territoire délimité pour recueillir les données est celui de cinq (5) villes de la partie nord de l'Ile de Montréal: Ville Saint-Laurent, Cartierville, Ahuntsic, Ville Saint-Michel et Montréal-Nord.

***

1. Des jeunes, leurs intervenants hors scolaires et le Centre de promotion de la santé sexuelle

Comme chacun s'entend pour lier étroitement éducation à milieu scolaire, l'éducation sexuelle préventive "organisée" pour lutter contre le sida s'est petit à petit installée à l'école. Plusieurs écoles canadiennes, québécoises et américaines offrent en effet des activités ponctuelles, souvent parascolaires, axées sur la prévention des maladies transmissibles sexuellement (ci-après MTS) et en particulier du sida. Des élèves peuvent aussi bénéficier de quelques heures de cours sur le sujet, en sciences familiales, en biologie, ou en éducation à la sexualité, par exemple (voir les activités proposées par Teasdale et Saint-Onge 1990; Association canadienne de santé publique, 1990; Miller et Downer, 1988). Que ce soutien scolaire en éducation sexuelle préventive soit minimal ou plus sophistiqué, ses limites sont évidemment celles des murs de l'école. Lorsqu'ils se retrouvent à l'extérieur de ce cadre, les adolescents et adolescentes n'ont pas plus accès à ce soutien que ceux qui ont cessé leurs études.

Aider la jeunesse en situations non scolaires à faire face à la problématique du sida constitue un des devoirs importants qui incombent au monde de la santé. C'est là la première mission que s'est donné le Centre de promotion de la santé sexuelle issu de l'association entre l'unité MTS-sida du DSC de l'Hôpital du Sacré-Coeur et une équipe de recherche du Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Pendant sa première année d'existence, ce Centre a mené simultanément plusieurs recherches et différentes actions dans le milieu. Ces activités étaient axées sur une meilleure connaissance du monde des jeunes et sur l'aide ou la formation de leurs intervenants-jeunesse travaillant dans la vingtaine d'organisations non scolaires situées sur le territoire du DSC de l'Hôpital du Sacré-Coeur. La population vivant sur ce territoire est de 330,000 habitants (Département de Santé communautaire de l'Hôpital du Sacré-Coeur, 1989). Il aurait été utopique de penser avoir quelque succès que ce soit avec la prévention chez les jeunes sans impliquer les intervenants eux-mêmes. En règle générale, les intervenants-jeunesse de ces milieux ont en commun avec les enseignants et les parents de n'avoir reçu qu'un minimum de formation, et parfois aucune, pour les habiliter à intervenir en éducation sexuelle préventive. Qu'ils appartiennent ou non au réseau scolaire, peu d'intervenants sont a priori aptes à appliquer correctement l'éducation sexuelle à la prévention du sida. (Gaudreau, 1989; Matteson et al. 1984; Rienzo et Dorman, 1988; Berlinguet et Lindsay, 1989). Et en comparaison avec le personnel enseignant, les intervenants-jeunesse en marge du réseau scolaire ont été assez peu choyés par des programmes ou des activités de forma-

tion en vue de la promotion de la santé sexuelle. Ces travailleurs de rue, psychoéducateurs, travailleurs sociaux, psychologues, animateurs, infirmières, médecins, ou autres n'en sont pas moins parmi l'important groupe des intervenants-jeunesse dont peut dépendre l'évolution de la problématique du sida dans le monde de l'adolescence et des jeunes adultes. Ils ont donc constitué pour le Centre de promotion de la santé sexuelle, l'un des groupes-cibles à mieux connaître et à aider pour faire face au phénomène sida.

Les activités du Centre ont par conséquent intégré à l'objectif de promotion de la santé sexuelle des jeunes, l'aide à offrir aux intervenants-jeunesse non scolaires. Ces activités ont débuté par une étude des connaissances, des attitudes à l'égard de la prévention en matière du sida et des comportements sexuels des jeunes de 14-18 ans faisant partie de la clientèle des organisations non scolaires pour jeunes. Ces milieux sont des foyers de groupe rattachés à des centres d'accueil pour jeunes mésadaptés socio-affectifs, des maisons de jeunes, des organisations communautaires et des Centres locaux de services communautaires (CLSC) situés sur le territoire du DSC de l'Hôpital du Sacré-Coeur. Cette première étude servait d'analyse de la situation de départ, c'est-à-dire la situation précédant l'enclenchement d'un processus d'aide offerte aux intervenants-jeunesse hors scolaires. Ce sont les résultats de cette étude qui sont rapportés ici. Immédiatement après l'analyse de départ, un guide d'activités éducationnelles axées sur l'éducation sexuelle préventive en matière de MTS et de sida (Girard et Dupont 1990) a été diffusé dans le milieu auprès des 125 intervenants des 22 établissements ou organisations non scolaires. Ce guide d'activités avait été conçu au DSC Sacré-Coeur à partir de données recueillies dans les années précédentes lors de différentes étapes d'analyses de besoins (des jeunes et des intervenants-jeunesse) et en suivant les avis scientifiques de plusieurs experts en santé, en éducation et en sexologie. Une formation sur mesure fut offerte aux intervenants-jeunesse pour faciliter l'utilisation de ce guide d'activités. D'autre matériel d'accompagnement destiné à soutenir leur intervention dans le domaine du sida leur a été distribué (livrets, affiches, etc.). Une évaluation d'implantation du guide d'activités a été effectuée trois (3) mois après sa diffusion (Laurin 1991). Cette évaluation visait à établir le degré d'insertion de cet outil d'animation dans le travail des intervenants-jeunesse. Les résultats se sont avérés très positifs en ce qui concerne la satisfaction des intervenants-jeunesse et le guide est apparu modérément implanté. À ce moment, la majorité des intervenants interrogés disaient avoir lu le guide. Mais c'est pendant la période d'été que se faisait l'implantation du guide d'activités. Probablement parce que cette période est peu propice à la réalisation d'activités

avec des jeunes, une faible minorité d'intervenants avaient eu le temps et l'occasion de mettre à l'essai les suggestions présentées dans le guide. Une dernière étape d'évaluation a été accomplie six (6) mois après la diffusion du guide d'activités éducationnelles, soit à l'automne 1990. Les résultats ont montré qu'environ 20% des intervenants-jeunesse avaient pu à ce moment-là, essayer avec des jeunes des activités d'éducation sexuelle préventive provenant du guide évalué. Une analyse de besoins a été effectuée pour établir les bases d'un programme de formation plus sophistiqué que la formation d'accompagnement. Une expérimentation de tels programmes de formation aura lieu en 1991-92 et d'autres actions seront entreprises par la suite.

Ce rapport ne fera pas davantage le compte-rendu des activités du Centre de promotion de la santé sexuelle auxquelles nous venons de faire allusion. Il s'en tient à la recherche qui montre comment les adolescents de 14-18 ans qui fréquentent les organisations non scolaires pour jeunes, se situent par rapport à la problématique du sida et de la prévention.

***

2. Quand on est adolescent ou adolescente...

Différentes études ont été menées à travers le monde sur l'état des connaissances, des attitudes et des comportements sexuels des jeunes en relation avec la problématique du sida (Di Clemente, Zorn et Temoshok, 1986; Picod-Bernard 1990; Strunin et Hingson 1987; Yarber 1990). La plus importante et la plus pertinente pour le sujet du présent rapport est celle de l'équipe de King et al. (1988) qui a mené une enquête auprès de 38,000 jeunes canadiens. Cette équipe a constaté que la situation des jeunes était lamentable par rapport au sida: "malgré tout ce qu'ils savent du sida, [les jeunes] n'en continuent pas moins de courir des risques (...) sont désespérément mal renseignés (...) sous-estiment de façon déraisonnable les risques d'infection et ils n'ont pas la motivation voulue pour éviter ou modifier les comportements à risque" (King et al. 1988, p. 150). Pourquoi cette vulnérabilité? Une partie de la réponse se trouve du côté des caractéristiques inhérentes à l'adolescence alors que le développement physique, intellectuel, affectif et émotif, moral, social et sexuel est encore incomplet. Il manque encore aux adolescents certains outils qui permettent de réagir adéquatement aux multiples événements de la vie (Claes, 1983; Katchadourian, Lunde et Trotter, 1982).

Pour la jeunesse, le sida constitue un phénomène multidimensionnel, dont les implications sont complexes et obligent à réfléchir, à anticiper les situations, à prévoir les conséquences de ses actes. Or, les adolescents ou adolescentes sont en

transformation intellectuellement. Les changements quantitatifs et qualitatifs de la pensée les amènent progressivement de la pensée concrète vers la pensée abstraite. Mais tant que cette évolution reste incomplète, ils peuvent difficilement entrevoir l'impact futur ou éventuel de leurs choix personnels (Howard, 1985). Beaucoup s'imaginent que rien de dommageable ne peut arriver pour l'instant et ils se persuadent qu'ils seront épargnés de la grossesse, des MTS ou du sida, surtout s'ils considèrent que leurs relations sexuelles demeurent peu régulières ou sont peu fréquentes. Cette forme de pensée, soit la pensée magique, les amène à croire qu'il suffit simplement de souhaiter que les problèmes ne surviennent pas pour les éviter. Et même s'ils possèdent suffisamment de connaissances des MTS ou de la grossesse pour en percevoir les risques, il arrive qu'ils continuent à croire que cela ne peut pas leur arriver (Senanayake, 1984). Cette façon de penser est probablement responsable de la situation observée aux États-Unis, au Canada et au Québec en particulier, à l'effet qu'entre 30 et 50% des filles de 15-20 ans ne recourent pas à la contraception lors de leur première relation sexuelle; de 50 à 65% d'entre elles n'y recourront pas régulièrement par la suite (Gemme, 1989, p. 176-177).

Le développement psycho-sexuel à l'adolescence constitue un autre des facteurs qui permettent de comprendre la situation des jeunes par rapport à leur santé sexuelle. Les adolescents ou adolescentes en sont rendus à établir des relations satisfaisantes avec des pairs, à apprendre à maîtriser leurs nouvelles énergies émotives, leurs mouvements de tendresse comme leurs sentiments de colère, et à vouloir s'affirmer dans leur sexualité. L'estime de soi et sa propre valeur en tant que personne importent plus en cette période de l'existence qu'en d'autres époques de la vie. Les adolescents ressentent par conséquent un grand besoin d'aimer et d'être aimés et cherchent à montrer leur présence et à exprimer leur singularité par rapport au monde des adultes, même s'ils continuent à dépendre de l'adulte pour se divertir, apprendre, se nourrir, se vêtir, et en plusieurs autres domaines de la vie (Claes, 1983; Faller, 1988). Ils développeront alors leur intérêt pour l'érotisme souvent au grand dam de leurs aînés car les adolescents ne trouvent pas le "sexe" bon ou mauvais en soi dans un sens absolu (Carrera, 1984). Ils forment leurs jugements à ce propos selon le contexte en prenant les décisions au moment où la situation l'exige (O'Reilly, 1985).

Ainsi, l'attention des jeunes ne se porte pas nécessairement sur les points d'intérêt que l'adulte souhaiterait retrouver chez eux. En matière de santé, quoique 40 à 50 % des 14-18 ans aient vécu des rapports sexuels (Gemme, 1989, p. 175), les jeunes se disent préoccupés par l'acné, les troubles menstruels, les

difficultés affectives, les maladies dentaires et l'excès de poids. Ils sont une minorité à compter les MTS en général ou les conséquences d'une grossesse parmi leurs préoccupations premières en santé (Feldman et al. 1986). Et lorsque dans l'enquête canadienne de King et al. (1988, p. 107), les jeunes ont eu à identifier l'inquiétude la plus importante parmi trois(3) conséquences possibles des relations sexuelles, soit la grossesse, le sida et les MTS, entre 56 et 60% des étudiants interrogés et 48% des décrocheurs ont placé la grossesse au premier rang (King et al. 1988, p.107). Le sida s'est retrouvé en seconde position avec moins de 50% de jeunes qui optaient pour ce choix de réponse. Pas plus de 10% des jeunes ont dit des MTS qu'elles constituaient une préoccupation importante pour eux. Au Québec, il ne faut pas être surpris de cela quand, chez les adultes, l'apparition du sida n'a pas significativement modifié les comportements sexuels sauf dans le groupe des homosexuels. Qu'il s'agisse de jeunes ou d'adultes, "le sida n'est pas encore envisagé comme un élément de dissuasion véritable qui pourrait remettre en question les modèles sexuels québécois actuels" (Lévy et Dupras 1989, p. 161).

Voilà donc quelques-uns des facteurs reliés au développement normal à l'adolescence, qui risquent de constituer des obstacles non négligeables à l'adoption par les jeunes de mesures de protection pour leur santé sexuelle. Il ne faudrait évidemment pas pour autant capituler et cesser les interventions préventives en matière de sida. Il serait cependant important de mieux tenir compte des caractéristiques des jeunes et d'adapter les approches en conséquence.

***

3. Le face à face des jeunes avec le sida

Jusqu'à tout récemment, peu d'informations scientifiquement valables portaient sur la situation spécifique des jeunes canadiens devant la problématique du sida. Il était difficile, alors, de savoir dans quelle mesure les interventions éducatives en prévention faites au Canada étaient réellement adaptées aux caractéristiques des jeunes. Un grand besoin d'informations scientifiques supplémentaires se faisait sentir. L'enquête nationale menée par King et al. (1988) a grandement contribué à satisfaire ce besoin. Les résultats ont permis de savoir que les étudiants canadiens de l'école secondaire connaissent bien le sujet du sida, malgré qu'ils possèdent aussi certaines lacunes importantes. Les trois quarts des jeunes de l'enquête, et en particulier les plus âgés, ont eu des relations sexuelles et beaucoup ont cumulé les partenaires sexuels. Près du cinquième disaient avoir eu des relations sexuelles anales. Même s'ils demeurent mal à l'aise ou inquiets face au sida, ils n'auraient pas modifié leurs pratiques sexuelles. Les jeunes canadiens ont

montré des attitudes modérément positives envers l'homosexualité, les personnes infectées par le VIH ou atteintes de sida et à l'égard du condom. L'enquête a aussi révélé que tout comme leurs pairs en milieu scolaire, les jeunes de la rue connaissent relativement bien le sida et le mode de transmission du VIH. Leurs comportements les mettent en danger de contamination (drogues injectables, prostitution, non utilisation du condom avec le partenaire régulier). Les décrocheurs canadiens sont eux aussi actifs sexuellement et certains de leurs comportements sexuels les exposent à l'infection au VIH. Voilà pour l'essentiel, les résultats obtenus par l'équipe de King.

Cette enquête canadienne a également fourni des renseignements précieux sur la jeunesse québécoise et montréalaise. Parmi les répondants, il se trouvait en effet 2756 québécois provenant des écoles de niveau secondaire (Beazley, King et Warren 1988, p. 2) et parmi les 712 jeunes de la rue, 18% recrutés dans la région montréalaise (Radford, King et Warren, 1989, p.13). Parmi les répondants québécois, il y avait aussi une partie des 1033 décrocheurs canadiens (King et al. 1988, p. 7). Les décrocheurs et jeunes de rue constituant un échantillon canadien, ils provenaient de toutes les provinces et les résultats par province, dont celle de Québec, n'étaient pas présentés séparément (Radford, King et Warren, 1989, p. 12-13). Les résultats pour le Québec concernent donc essentiellement la population scolaire. Cela constitue une des limites de l'enquête canadienne. Un autre obstacle nuit à l'utilisation de l'information produite par cette enquête et concernant les québécois ou les montréalais de 14-18 ans. Les caractéristiques des jeunes étudiants et leurs résultats à l'enquête canadienne sont généralement présentés par niveaux scolaires. Parmi les répondants québécois (Beazley, King et Warren, 1988, p, 2 et 6), 1802 qui étaient âgés de 14 à 18 ans étaient soit en secondaire III, soit en secondaire V surtout. Mais il se trouvait aussi des 14 ans et plus en secondaire I et des plus de 18 ans en secondaire V. En outre, les décrocheurs et jeunes de la rue étaient âgés de 16 à 19 ans principalement (Radford, King et Warren, 1989, p. 12-13). Cela pose des difficultés pour délimiter le groupe des 14-18 ans québécois. Ce problème est important pour nous puisque cette catégorie de jeunes constituait la population-cible des interventions d'éducation sexuelle préventive du Centre de promotion de la santé sexuelle. Dans la majorité des cas, les jeunes de 14-18 ans en sont à cette époque de leur vie où ils expérimentent leurs premières relations sexuelles. Ils apprennent, parfois péniblement, parfois plus facilement, à aimer, à vivre une relation de couple, à rompre et à reprendre un autre de ces cycles. Ce contexte de vie ne peut que contribuer à rendre plus significatif à leurs yeux l'apprentissage de

connaissances exactes, d'attitudes favorables au sécuri-sexe (ou "safer sex"), et de comportements sexuels peu susceptibles de contamination, que ce soit par le virus du sida ou par les agents pathogènes des autres MTS. Cette période de l'adolescence particulièrement propice pour intervenir en éducation sexuelle préventive, constituait donc le point tournant du développement d'une préoccupation pour une bonne santé sexuelle.

De plus, l'enquête canadienne comptait plus du tiers (37%) des jeunes de la rue qui fréquentaient aussi l'école à temps plein ou à temps partiel (Radford, King et Warren 1989, p. 13 et 29). La réciproque est fort probablement vraie: des jeunes comptés parmi les étudiants du secondaire pourraient également se retrouver parmi des jeunes de la rue. Mais entre ceux recrutés en milieu scolaire et les jeunes de rue ou les décrocheurs de 16-19 ans de l'enquête canadienne, se glisse le groupe intermédiaire des 14-18 ans qui font partie de la clientèle-cible de plusieurs organisations non scolaires, que ce soit les organisations communautaires, de santé ou de réadaptation socio-affective. La clientèle de ces milieux se situe ainsi quelque part entre le foyer familial, l'école et la rue, et se trouve, ensemble, en dehors des heures de classe à participer aux activités des établissements ou organisations non scolaires. Dans ces milieux, il leur est alors possible de profiter d'interventions axées sur l'acquisition de connaissances reliées au sida, à la sexualité et à la prévention, sur le développement d'attitudes positives envers la prévention et sur les comportements sexuels sécuritaires.

Comme toute intervention éducationnelle, le succès de ce genre d'interventions dépend dans une large mesure de leur adaptation aux jeunes. La condition *sine qua non* est donc de savoir si les jeunes possèdent déjà des informations correctes, d'identifier celles qu'ils ignorent et leurs connaissances erronées, de connaître leurs attitudes envers différents aspects du sida et de sa prévention, sans omettre une meilleure compréhension de leurs comportements sexuels puisque l'activité sexuelle joue un rôle prépondérant dans la problématique du sida. Comme ces informations sur les groupes non scolaires de jeunes québécois ou montréalais de 14-18 ans demeuraient imprécises et insuffisantes, et ce malgré l'importance et la grande valeur des travaux effectués par l'équipe de King, la recherche dont les résultats sont présentés dans ce rapport vient contribuer à décrire les comportements sexuels des jeunes de 14-18 ans des milieux non scolaires, ainsi que leurs connaissances et leurs attitudes à l'égard de différents aspects de la prévention dans le domaine du sida.

***

4. La méthodologie

Les intervenants-jeunesse de 20 organisations non scolaires (animateurs, travailleurs communautaires, infirmières, travailleurs sociaux, psycho-éducateurs, ou autre) qui étaient susceptibles d'intervenir en matière de prévention dans le domaine du sida, ont collaboré au recrutement des adolescents et adolescentes pour leur faire remplir un questionnaire (voir l'Annexe A). Des 210 jeunes répondants ainsi rejoints et qui ont accepté de répondre, 42% ont été approchés par les équipes-jeunesse des Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC), 22% provenaient des foyers de groupe rattachés à des établissements de ré-éducation pour jeunes mésadaptés socio-affectifs et délinquants et 36%, des organismes communautaires; 39% des répondants de ces organismes communautaires appartiendraient à la jeunesse multiethnique, 4% seraient de jeunes décrocheurs, et 9% seraient issus de milieux socio-économiques défavorisés, selon la mission des dits milieux.

4.1 La description des répondants en comparaison avec ceux de l'enquête canadienne

Les détails des caractéristiques sociodémographiques des jeunes répondants sont présentées au tableau 1. Comparé aux données de l'enquête canadienne, le portrait global est le suivant. D'abord, un jeune sur cinq n'est plus aux études mais les trois quarts fréquentent l'école secondaire (Niveaux 1 à 5). En comparaison, le taux de fréquentation scolaire des jeunes de la rue interrogés lors de l'enquête canadienne est de beaucoup inférieur, soit 37 %, dont 26% de fréquentation scolaire à temps plein et 11% à temps partiel (Radford, King et Warren, 1988, p. 29). Dans l'ensemble par contre, près de 80% de l'échantillon de l'enquête nationale provenait du milieu scolaire de niveau secondaire. Les répondants de cette recherche-ci se répartissent à peu près également de 14 à 18 ans (85% des répondants), la moyenne étant de 16 ans. Dans l'enquête nationale, les 17-19 ans composaient la majorité (82%) de l'échantillon de décrocheurs (Radford, King et Warren, p. 16) tandis que les 14-18 ans représentaient les deux tiers des jeunes recrutés dans les écoles secondaires canadiennes (total des jeunes de secondaire 3 et 5 =19,475 canadiens) (Radford, King et Warren, 1988, p. 7).

Puis, notre recherche a impliqué une proportion deux fois plus élevée de filles (64%) que de garçons (36%). L'application du test de chi carré avec l'analyse de tableaux croisés permet de constater l'existence d'une relation significative entre le type d'organisations non scolaires et le sexe des répondants (chi

Tableau 1: Description générale des répondants

Caractéristiques	Fréquences (%)	N
1- Fréquentation scolaire		
non	39(18.6)	210
- travaillent	31(79.5)	39
- chômage et autre	7(17.9)	39
- sans indication	1(2.6)	39
oui	171(81.4)	210
- niveau primaire	1(.06)	171
- secondaire 1 ou 2	37(21.6)	171
- secondaire 3 ou 4	74(43.2)	171
- secondaire 5	18(10.5)	171
- collégial	15(8.8)	171
- universitaire	2 (1.2)	171
- sans indication	24 (14.0)	171
2-Age (moyenne=15.9 , éc.-t.=1.6)		
- sans réponse	8(3.8)	210
- moins de 14 ans	3(1.5)	202
- 14 ans	43(21.3)	202
- 15 ans	42(20.8)	202
- 16 ans	42(20.8)	202
- 17 ans	44(21.8)	202
- 18 ans	25(12.4)	202
- plus de 18 ans	3(1.5)	202
3- Sexe		
- sans réponse	9 (4.3)	210
- Garçon	72(35.8)	201
- Fille	129(64.2)	201
4- Langue le plus fréquemment parlée		
- sans réponse	10 (4.8)	210
- français	152(76.0)	200
- anglais	15(7.5)	200
- français et anglais	12(6.0)	200
- autre langue	21(10.5)	200

Tableau 1: Description générale des répondants (suite)

Caractéristiques	Fréquences (%)	N
5- Lieu d'origine:		
- sans réponse	11(5.2)	210
- Québec	165(83.0)	199
- Ailleurs au Canada	1(3.0)	199
- À l'étranger	33(14.1)	199
- États-Unis	5(3.2)	33
- Haïti	15(45.4)	33
- Jamaïque	1(3.0)	33
- Amérique du Sud (Chili)	2(6.1)	33
- Europe occidentale(France)	3(9.1)	33
- Europe de l'Est (Roumanie)	1(3.0)	33
- Moyen-Orient (Liban, Iran)	3(9.1)	33
- Cambodge	1(3.0)	33
- Israël	1(3.0)	33
- Australie	1(3.0)	33
- Si né-e hors Québec:		
- arrivée depuis 5 ans	7(21.2)	33
- arrivée depuis 6-10 ans	13(39.4)	33
- arrivée depuis 11 ans et plus	13(39.4)	33
6- Situation familiale		
a) Vit actuellement avec:		
- sans réponse	12(5.7)	210
- ses deux parents	71(35.9)	198
- sa mère surtout	53(26.8)	198
- son père surtout	21(10.6)	198
- sans ses parents, mais avec un,e ou des adultes qui les remplacent (ex.: grands-parents,éducateurs, oncle, tante, grand frère, grande soeur)	35(17.7)	198
- Avec un,e ami,e	5(2.5)	198
- Autre(conjoint du parent et parent, seul,e, avec son époux, appartement supervisé, etc.)	13(6.6)	198

Tableau 1: Description générale des répondants (suite)

Caractéristiques	Fréquences (%)	N
b) Lieu de naissance du père		
- Canada	147(72.4)	203
- sans réponse	7 (3.3)	210
- Québec	138(69.3)	199
- sans réponse	11(5.2)	210
- À l'étranger	54(27.1)	199
- sans réponse	11(5.2)	210
- États-Unis	4(11.1)	54
- Haïti	22(40.7)	54
- Jamaïque	1(1.9)	54
- Amérique du Sud(Chili, Pérou)	3(5.6)	54
- Europe de l'Ouest(Allemagne, Belgique, France, Grèce, Italie, Portugal)	13(24.1)	54
- Europe de l'Est(Hongrie, Roumanie, Yougoslavie)	4(7.4)	54
- URSS	1(1.9)	54
- Cambodge	1(1.9)	54
- Liban	2(3.7)	54
- Israël	1(1.9)	54
- Syrie	1(1.9)	54
- Égypte	1(1.9)	54
c) Lieu de naissance de la mère		
- Canada	156(76.8)	203
- sans réponse	7(3.3)	210
- Québec	148(74.4)	199
- sans réponse	11(5.2)	210
- à l'étranger:	44(22.3)	199
- sans réponse	11(5.2)	210
- États-Unis	1(2.3)	44
- Haïti	21(47.7)	44
- Jamaïque	1(2.3)	44
- Amérique du Sud(Argentine, Brésil,Chili)	4(9.1)	44
- Europe de l'Ouest(Angleterre, Espagne, France, Italie, Portugal)	7(15.9)	44

Tableau 1: Description générale des répondants (suite)

Caractéristiques	Fréquences (%)	N
c) Lieu de naissance de la mère (suite) -si née à l'étranger (suite):		
- Europe de l'Est(Roumanie, Yougoslavie)	2(4.5)	44
- Cambodge	1(2.3)	44
- Liban	2(4.5)	44
- Iran	1(2.3)	44
- Irak	1(2.3)	44
- Israël	1(2.3)	44
- Égypte	2(4.5)	44

carré=51,0, à 3 degrés de liberté et p=0,00). Ainsi, parmi les 42% de répondants recrutés par les CLSC, il se trouvait 17% de garçons et 83% de filles; parmi les 22% des répondants recrutés par les organisations de rééducation, il y avait 20% de garçons et 80% de filles; le groupe des 35% de répondants recrutés par les organisations communautaires était constitué de 68% de garçons et 32% de filles. L'échantillon canadien et québécois de l'enquête dirigée par King contrôlait le nombre de filles et de garçons pour les représenter en proportions sensiblement équivalentes. La recherche canadienne comptait en effet pratiquement autant de filles que de garçons de 14-18 ans en milieu scolaire (secondaire 3 et 5), mais légèrement plus de garçons que de filles chez les décrocheurs et les jeunes des rues (King et al. 1988, p. 13). Cette présence marquée des filles dans cette recherche-ci signifie soit que ce sont elles surtout qui acceptent de se prêter à l'exercice de remplir un questionnaire, soit que ce sont elles surtout qui fréquentent plusieurs des services de santé et de ré-éducation destinés aux jeunes en dehors de l'école sur le territoire désigné. Sans négliger la première de ces deux hypothèses d'explication, la seconde reste fort plausible. Des conditions non contrôlées donc plus naturelles, plus proches de la réalité, dans la composition de l'échantillon des répondants ont peut-être permis de refléter un des aspects concrets de ces services, à savoir que ce sont surtout des filles qui s'en prévaudraient. Cette hypothèse mériterait d'être vérifiée.

Parmi les répondants du territoire du DSC, les trois quarts sont francophones et 4 sur 5 sont nés au Québec. Dans près d'un quart des cas, les parents des répondants sont nés à l'étranger. Ces données ne sont pas disponibles pour les jeunes québécois dans le rapport de l'équipe de King. De plus, le tiers des jeunes que nous avons pu interroger vivent avec leurs deux parents. Les répondants diffèrent grandement sur ce point de ceux de l'enquête de King (Beazley, King et Warren, 1988, p. 7). Les auteurs avaient indiqué que les trois quarts des jeunes québécois interrogés vivaient avec leurs deux parents. Un autre tiers des répondants de notre recherche habitaient avec l'un des parents tandis que la recherche de King et son équipe montrait que 20% des jeunes de 14-18 ans (secondaire 3 et 5) étaient dans ce cas. Enfin, près du quart des répondants de notre recherche ne vivaient avec ni l'un ni l'autre de leurs parents, ce qui est 4 à 5 fois plus élevé que dans le cas des québécois de la recherche nationale.

4.2 Le questionnaire

Le questionnaire employé dans cette recherche (présenté à l'Annexe A) était composé de questions de connaissance et d'attitude portant sur différents aspects de la prévention, du sida et des MTS. La

plupart des questions provenaient du questionnaire utilisé par King et son équipe pour l'enquête canadienne. Certaines d'entre elles ont dû être adaptées au contexte ou légèrement modifiées, notamment pour éviter les négations dans les phrases. D'autres questions ont été empruntées à un questionnaire qui a servi dans une recherche auprès de 1000 jeunes québécois de la région montréalaise et qui portait sur les MTS (Duquet 1987). Des questions complémentaires ont été composées pour la circonstance et portaient sur les comportements sexuels.

La première partie du questionnaire se présentait comme un test de connaissances composé d'énoncés que le répondant devait juger vrais ou faux. Il pouvait en outre indiquer s'il ignorait la réponse. Ce test comprenait seize (16) items sur des informations spécifiques au sida, son mode de transmission et la prévention, dix (10) items sur d'autres MTS, un (1) portant à la fois sur les MTS et le sida, et un (1) sur l'emploi du condom et d'un lubrifiant. La deuxième partie du questionnaire était un test d'attitude composé d'énoncés vis-à-vis desquels le répondant devait indiquer son degré d'accord ou de désaccord suivant un mode de réponse Likert; c'est-à-dire que les réponses possibles étaient: fortement en accord, en accord, indifférent, en désaccord, fortement en désaccord. Des 17 items d'attitude, six (6) avaient pour objet l'aisance face aux mesures de prévention (numéros 2,3,5,8,10,14), cinq (5) portaient sur l'acceptation des personnes infectées par le VIH (numéros 4, 9, 12, 13, 17); trois (3) concernaient le point de vue face aux sources publiques d'information (numéros 6, 7, 11); deux (2) items faisaient référence à la susceptibilité à l'infection (numéros 15, 16); et un (1) item (numéro 1) faisait allusion à l'effet anticipé du sida sur la personne. L'indice de fidélité (alpha de Cronbach) a été calculé pour le test d'attitudes. Il est de 0,6 ce qui correspond à l'indice minimum retenu par King et al. (1988) pour les différentes parties de leur test d'attitude. Ce test d'attitude a donc une fiabilité acceptable comparée à celle des différentes échelles d'attitudes de l'enquête canadienne. La troisième partie du questionnaire interrogeait les répondants sur leurs comportements. Après deux (2) questions sur l'injection de produits, une série de quinze (15) questions portaient sur leurs activités sexuelles. Cette série de questions comprenait une (1) question sur l'expérience sexuelle et le taux de relations sexuelles, cinq (5) questions sur le type de partenaires sexuels (de même famille, de l'autre sexe, de même sexe), quatre (4) questions sur le type de relations sexuelles (vaginales, anales, commerciales ou prostitution), une (1) question sur le nombre de partenaires sexuels et trois (3) questions sur la relation de couple actuelle s'il y avait lieu.

4.3 L'administration du questionnaire

Une attention particulière a été accordée aux conditions dans lesquelles le questionnaire allait être administré. Tout d'abord, des autorisations ont été demandées dans les différents milieux aux personnes responsables. Selon les cas, le questionnaire à remplir par les jeunes a été remis à ces personnes afin qu'il soit étudié par les conseils d'administration ou encore par les comités cliniques (par exemple, dans les organisations pour jeunes mésadaptés socio-affectifs). Mais dans la plupart des cas, il a suffi de divulguer quelques exemples de questions tirés du questionnaire ou de donner des renseignements généraux sur la recherche ou sur la tâche attendue des intervenants-jeunesse lors de l'administration du questionnaire. Une fois les autorisations obtenues, les intervenants-jeunesse ont été contactés et se sont mis à l'oeuvre en avril-mai 1990.

Les questionnaires ont été remis en main propre aux intervenants de chacun des organismes impliqués. Ce sont ces intervenants qui demandaient aux jeunes de bien vouloir collaborer à la recherche. Si le jeune acceptait, l'intervenant devait alors donner le questionnaire au jeune sur les lieux, dans un endroit propice, et lire avec le jeune les consignes qui figuraient sur la page frontispice du questionnaire. Le texte à lire indiquait que l'anonymat et la confidentialité des réponses individuelles seraient préservés et que le jeune pouvait en tout temps cesser de répondre au questionnaire sans préjudice. Ensuite, l'intervenant devait se retirer tout en demeurant disponible, et était avisé par le jeune lorsque ce dernier avait terminé. Les jeunes prenaient entre 20 et 35 minutes pour répondre.

Une fois le questionnaire rempli, l'intervenant remerciait le jeune, lui remettait l'enveloppe pour que ce soit le répondant qui y glisse le questionnaire et cachète l'enveloppe qu'il redonnait ensuite à l'intervenant. Celui-ci devait enfin demander au jeune de ne pas révéler le contenu du questionnaire avant la fin de la collecte de données afin que l'équipe de recherche puisse obtenir les réponses des autres jeunes dans des conditions équivalentes. Les questionnaires étaient régulièrement recueillis sur les lieux par les membres de l'équipe de recherche. Les intervenants-jeunesse n'ont pas rapporté de problèmes particuliers reliés à l'administration du questionnaire.

***

5. Les résultats

Les analyses statistiques des données ont été faites par ordinateur à l'aide du logiciel SPSS. Des analyses de fréquences et le calcul des moyennes et écarts-types aux tests ont été effectués. Des tableaux croisés avec tests de chi carré ont permis de vérifier si des relations existaient entre différentes variables.

À première vue, les données et les résultats qu'elles produisent ressemblent généralement à ceux de King. Mais ils comportent certaines différences importantes et présentent certains types d'informations absents de l'enquête canadienne. Voici ces résultats. Ils seront comparés au fur et à mesure de leur présentation avec ceux de l'enquête canadienne, là où une telle comparaison est possible, évidemment.

Ces comparaisons ont été effectuées à partir des résultats disponibles exposés dans le rapport général de l'enquête canadienne (King et al. 1988), dans le rapport sur les résultats québécois (Beazley, King et Warren 1988), et ceux obtenus pour les décrocheurs et jeunes des rue canadiens (Radford, King et Warren,1989). À travers la présentation de ces comparaisons, il arrivera que la référence précise à la page du rapport et à leurs auteurs soit indiquée. Cela signifiera alors que les résultats de l'enquête canadienne apparaissaient dans le corps du texte des rapports consultés et étaient peu ou n'étaient pas en évidence dans des tableaux des rapports. De plus, certaines questions adressées lors de l'enquête canadienne à certains groupes de jeunes n'ont pas été posées à tous. Il se peut donc qu'il manque dans la comparaison, des résultats obtenus auprès de certains des sous-groupes de jeunes canadiens. Enfin, certains de nos résultats n'avaient pas leur pendant dans les trois rapports consultés et ne pourront donc pas être comparés. Malgré ces limites, les informations disponibles restent suffisantes pour définir la position générale occupée par les répondants de cette recherche-ci par rapport à ceux de l'enquête canadienne.

5.1 Les connaissances

Les résultats généraux par âge au test de connaissances indiquent que les jeunes interrogés sont passablement bien renseignés. Ils ont obtenu 75% de moyenne. Il appert que dix (10) questions (Tableau 2) ont été "fortement réussies", c'est-à-dire par au moins 85% des jeunes. À propos du sida, ce sont les énoncés portant sur les risques d'infection ou les comportements à risque d'infection (numéros 3, 16 et 26), sur la transmission du VIH (numéros 14, 20 et 22), sur la séro-prévalence chez les homosexuels (numéro 5) et sur l'existence des tests de dépistage (numéro 7). Les deux (2) questions fortement réussies à propos des MTS portaient sur l'idée que la pilule anticonceptionnelle n'était pas une mesure préventive contre le sida (numéro 17) et sur les préjugés face aux personnes infectées (numéro 21). Dans neuf (9) de ces cas, des comparaisons peuvent être faites avec les résultats de l'enquête canadienne.

Tableau 2: Distribution (fréquence) des réponses au test de connaissance

Questions	Fréquences (%) de réponses (N=210)			
	sans réponse	bonnes	mauvaises	Ne sais pas
1.Le virus du sida est internationalement connu sous les noms "virus de l'immunodéficience humaine" ou VIH	--	36.2	23.8	40.0
2. Le virus du sida affaiblit le système immunitaire en détruisant les globules rouges du sang	--	13.8	68.6	17.6
3. Les hommes et les femmes courent autant de risques d'avoir des problèmes sérieux s'ils attrapent une MTS.	0.5	91.9	5.7	1.9
4. On peut guérir du sida si on se fait soigner très tôt	2.0	71.0	14.8	12.4
5. Tous les hommes homosexuels (gais) sont porteurs du virus du sida.	1.0	88.1	5.7	5.2
6. Lorsqu'on a déjà eu une MTS, on ne peut pas l'attraper de nouveau.	1.0	82.4	10.5	6.2
7. Il existe des tests (d'analyses du sang) qui permettent de dire si quelqu'un a été infecté par le virus du sida	0.5	93.3	3.3	2.9
8. Le sida est la première cause de décès chez les Canadiens de moins de 25 ans	0.5	47.8	21.5	30.6
9. On peut être infecté par le virus du sida et ne pas avoir de symptôme de la maladie pendant 7 ans et même plus	0.5	72.4	11.9	15.2
10. Les hommes comme les femmes risquent de ne plus être capables d'avoir d'enfants après avoir eu une MTS (formulation problématique)	-- question annulée--			
11. On peut attraper l'herpès génital en ayant une relation sexuelle orale (= la bouche en contact avec les organes génitaux de l'autre personne)	0.5	45.2	28.1	26.2
12. Le virus du sida peut se trouver présent dans une personne sans qu'on puisse le détecter pendant 6 mois	0.5	72.9	12.4	14.3
13. La vaseline est un bon lubrifiant à employer avec un condom	1.4	53.8	30.5	14.3
14. Une femme enceinte peut transmettre le virus du sida à son futur enfant	1.4	91.9	4.3	2.4

Tableau 2(suite) : Distribution (fréquence) des réponses au test de connaissance

Questions	Fréquences (%) de réponses (N=210)			
	sans réponse	bonnes	mauvaises	Ne sais pas
15. Lorsqu'on a des relations sexuelles avec des partenaires différents, on doit se faire examiner au moins une fois l'an afin de voir si l'on n'a pas de MTS.	--	83.3	11.0	5.7
16. Lorsqu'on se partage des aiguilles pour s'injecter de la drogue, on court le risque d'attraper le virus du sida	0.5	93.3	4.3	1.9
17. La pilule anticonceptionnelle protège la femme contre les MTS	1.9	87.6	3.8	6.7
18. L'usage combiné d'un condom et d'un spermicide (mousse ou gel) constitue une protection efficace contre le virus du sida	1.0	70.5	20.0	8.6
19. On peut attraper une MTS ou le sida en s'assoyant sur un siège de toilette	1.4	80.5	13.3	4.8
20. Une femme peut transmettre à un homme le virus du sida pendant les relations sexuelles	1.4	93.3	3.3	1.9
21. En regardant quelqu'un, on peut savoir s'il a une MTS	1.0	93.8	2.4	2.9
22. On peut attraper le virus du sida en serrant quelqu'un dans ses bras	0.5	95.7	1.4	2.4
23. À l'occasion d'un contact génital entre homme et femme, certaines MTS peuvent s'attraper même si le pénis ne pénètre pas dans le vagin	0.5	61.0	21.9	16.7
24. L'AZT (azidothymidine) permet de guérir le sida	--	41.4	4.3	54.3
25. Le chlamydia ne donne pas lieu à des complications sérieuses	1.5	52.4	13.3	32.9
26. Si on a de nombreux partenaires sexuels, on court plus de risques d'attraper le virus du sida	--	94.3	2.9	2.9
27. Les femmes homosexuelles risquent d'attraper le virus du sida autant que les hommes homosexuels	0.5	24.3	59.5	15.7
28. Il arrive souvent qu'une personne ayant une MTS ne présente aucun symptôme de la maladie	--	73.3	15.7	11.0

Les résultats pour le Canada obtenus par l'équipe de King montrent que seulement 13% des canadiens de secondaire V, 8% des secondaire III et 16% des décrocheurs savent que les risques pour les hommes et pour les femmes d'avoir de sérieux problèmes s'ils contractent une MTS, ne sont pas semblables (numéro 3); 92% de nos répondants ont bien répondu à cette question. Ils paraissent donc mieux renseignés sur ce sujet. Les résultats de l'enquête nationale indiquent aussi que 84 % des québécois de secondaire III, 92% de ceux de secondaire V, 96% des jeunes de rue et 97% des décrocheurs canadiens savaient que l'échange de seringues (numéro 16) constituait un risque majeur d'infection. Les jeunes répondants du DSC sont en cela semblables aux québécois de secondaire V puisqu'ils sont 93 % à le savoir. Les québécois de secondaire III et V de l'enquête canadienne, les décrocheurs et les jeunes de la rue étaient respectivement 82%, 87%, 87% et 91% à connaître la possibilité de transmission verticale du VIH (mère-enfant)(numéro 14); nos répondants ont une meilleure performance que les jeunes des milieux scolaires car ils sont 92% à avoir correctement répondu à la question sur le sujet.

Dans l'enquête nationale, ils étaient 84% et 92% des québécois en secondaires III et V, 91% des décrocheurs et 95% des jeunes de rue à répondre correctement à la question sur la possibilité pour la femme de transmettre le VIH à l'homme (numéro 20); dans notre recherche, ils sont 93% à avoir la bonne réponse, comme les jeunes de secondaire V et entre les décrocheurs et les jeunes de rue. Les étudiants québécois de secondaire V, les décrocheurs et les jeunes de la rue ont été respectivement 96%, 98% et 98% à savoir qu'on n'attrape pas le sida à étreindre quelqu'un dans ses bras (numéro 22); les répondants de cette recherche-ci ont été 96% à répondre correctement, ce qui les situe au même niveau que les étudiants de secondaire V.

La réponse exacte à la question sur la séro-prévalence chez les homosexuels (numéro 5) avait été fournie dans la recherche canadienne par 82% et 88% des québécois de secondaires III et V et 89% des décrocheurs, tandis que les jeunes interrogés ici sont encore une fois comme ceux de secondaire V puisque 88% ont donné une bonne réponse. Parmi les jeunes québécois de secondaire III et V, 93% et 94% connaissaient l'existence de tests de dépistage du VIH (numéro 7); 93% des décrocheurs et 96% des jeunes des rues le savaient aussi; 93% des répondants de cette recherche-ci ont eu la bonne réponse, ce qui place leur performance au même niveau que celle des jeunes canadiens. En secondaire III et V, il y avait respectivement 78% et 89% de québécois à savoir que la pilule anticonceptionnelle (numéro17) ne protège pas contre les MTS; 85% de décrocheurs et 93% de jeunes de rue ont la bonne ré-

ponse. Les jeunes interrogés dans notre étude ont été près de 88% à avoir la réponse correcte, se rapprochant en cela des étudiants de secondaire V. Les répondants de cette recherche-ci ont obtenu 94% de bonnes réponses à la question qui disait qu'en regardant quelqu'un, on pouvait savoir s'il avait une MTS (numéro 21); les canadiens de secondaire III et V, et les décrocheurs ont respectivement 83%, 87% et 90% de bonnes réponses à cette question. Les répondants du DSC sont donc en première position sur ce plan. Mais dans l'ensemble, les questions de connaissance les mieux réussies dans cette recherche-ci correspondent pour beaucoup à la performance obtenue par des québécois de secondaire V de l'enquête canadienne.

Les huit (8) questions que l'on peut qualifier de "relativement bien réussies" sont celles qui comptent entre 70% et 85% de bonnes réponses (Tableau 2). Parmi les questions sur le sida, ce sont celles qui concernent la possibilité de guérison (numéro 4), la période de latence (numéro 9), les difficultés de dépistage (numéro 12), le condom et la mousse comme mesure préventive (numéro 18). En regard des MTS, ce sont les questions sur la ré-infection (numéro 6), l'examen médical annuel comme mesure préventive (numéro 15), et sur l'absence de symptômes dans le cas de certaines MTS (numéro 28). De plus, la question sur sida et MTS qui portait sur un mythe face au mode de contamination (numéro 19), figure dans cette catégorie. Les comparaisons avec les résultats des répondants de l'enquête canadienne ont pu être faites pour sept (7) de cette série de huit (8) questions.

Le rapport des résultats québécois montre que les étudiants de secondaire III et V, les décrocheurs et jeunes des rues étaient respectivement 69%, 74%, 78% et 74% à savoir que l'on ne guérit pas du sida malgré que l'on se fasse soigner très tôt (numéro 4); 71% de nos répondants ont réussi cette question, ce qui correspond grosso modo aux résultats québécois mais reste sensiblement inférieur à la performance des jeunes de la rue et des décrocheurs. Tandis que 72% des répondants de cette recherche-ci savent que le sida peut attendre jusqu'à 7 ans après l'infection avant de se manifester (numéro 9), les québécois de secondaire III et V, les décrocheurs et jeunes des rues n'étaient que 48%, 62%, 66% et 68% à le savoir. La performance des jeunes des milieux hors scolaires du DSC s'est donc avérée meilleure. Ce fut également le cas pour la question portant sur la possibilité pour quelqu'un qui a déjà eu une MTS, de la contracter de nouveau (numéro 6). Ils étaient 82% à avoir indiqué la réponse exacte à la question dans cette recherche-ci tandis que 55% et 78% des québécois de secondaire III et V, 80% des décrocheurs et 83% des jeunes des rues obtenaient eux aussi la bonne réponse. Les résultats de nos répondants sur ce point sont en

première position avec ceux des jeunes des rues.

Dans cette recherche-ci, près de 71% des répondants connaissaient la protection offerte par l'usage combiné du condom et d'une mousse spermicide (numéro 18). Les canadiens de secondaire V, les décrocheurs et jeunes des rues canadiens étaient respectivement 60%, 58% et 53% à connaître cette mesure de prévention. Les jeunes de cette recherche-ci ont donc eu la meilleure performance des quatre groupes de répondants. Les canadiens de secondaire V, les décrocheurs et les jeunes des rues ont respectivement 86%, 95% et 99% de bonnes réponses à la question sur la nécessité de l'examen médical régulier lorsque la fréquence de relations sexuelles est élevée (numéro 15). Nos répondants obtiennent 83% de bonnes réponses, ce qui les classe au dernier rang sur ce plan. Quant à la question portant sur la possibilité d'avoir une MTS même en l'absence de symptômes (numéro 28), les répondants de cette recherche-ci se logent entre les étudiants québécois de secondaire III et de secondaire V. Ils sont 73% des jeunes du DSC à avoir bien répondu tandis qu'ils étaient 78% et 65% à avoir la bonne réponse respectivement en secondaire III et secondaire V et 63% chez les jeunes de la rue. La question sur la possibilité d'attraper une MTS par les sièges de toilette (numéro 19) a été bien répondue par 63% des canadiens de secondaire V, 67% des décrocheurs, et 51% des jeunes des rues, tandis que près de 81% de nos répondants ont fourni la réponse exacte. Les jeunes du DSC ont nettement mieux répondu à cette question que leurs pairs canadiens.

Dans le cas de ces questions réussies sans qu'elles obtiennent pourtant les meilleurs taux de réussite, les résultats de nos répondants semblent encore avoir été supérieurs ou au moins égaux à ceux des répondants de l'enquête canadienne. L'exception est celle où nos répondants sont proportionnellement les moins nombreux à savoir que la consultation médicale est une mesure indispensable lorsque la fréquence de relations sexuelles est élevée.

Hormis une question (numéro 10) qui a été annulée parce que sa formulation posait problème, les autres questions du test de connaissance ont été "peu réussies" . Elles se présentent au tableau 2 comme celles qui n'ont obtenu que 70% ou moins de bonnes réponses. Concernant le sida, ces questions portent sur le nom du virus (numéro 1), l'action du virus dans l'organisme (numéro 2), la morbidité (numéro 8), l'impossibilité de guérison par l'AZT (numéro 24), et les risques d'infection des hommes et des femmes homosexuels (numéro 27). Au sujet des MTS, ces questions portent sur les voies d'infection aux MTS en général (question 23) et à l'herpès génital (numéro 11), et sur les complications

dues au chlamydia (numéro 25). La question concernant l'emploi du condom avec lubrifiant (numéro 13) se trouve parmi les moins bien réussies. Les trois rapports de l'enquête de l'équipe de King présentent des résultats pour seulement cinq(5) des neuf (9) questions de cette série.

D'abord, les résultats de nos répondants indiquent qu'ils sont 48% à savoir que le sida n'est pas la cause première de décès des moins de 25 ans (numéro 8); les résultats d'ensemble de l'enquête canadienne montrent que 54% des canadiens de secondaire V, 39 % des secondaires III et 56% des décrocheurs le savaient aussi. Nos répondants se logent donc entre les étudiants de secondaire III et V. Les résultats pour le Québec indiquent que seulement 28% des québécois de secondaire V savaient que l'herpès génital peut s'attraper lors d'une relation oro-génitale (numéro 11); 53% des décrocheurs canadiens et 70% des jeunes de rue ont obtenu la bonne réponse tandis que les répondants de cette recherche-ci sont 45% à l'avoir eu. Cela les place devant les québécois de secondaire V, mais loin derrière les jeunes des rues. La question sur les risques comparés d'infection chez les hommes et les femmes homosexuels (numéro 3), n'a entrainé que 24% de bonnes réponses chez les jeunes répondants du DSC, 27% chez les canadiens de secondaire V et 31% chez les jeunes des rues. Nos répondants se placent donc en dernière position sur ce sujet. À la question sur les complications dues au chlamydia (numéro 25), les québécois de secondaire III et V ont respectivement été 22% et 33% à répondre correctement; ce pourcentage est de 52% dans le cas des jeunes interrogés dans le cadre de notre recherche, ce qui les place devant les étudiants. Enfin, près de 54% des jeunes interrogés ici savent que la vaseline ne doit pas être employée comme lubrifiant avec un condom (numéro 13); 42% des canadiens de secondaire V, 41% des décrocheurs et 40% des jeunes de rue ont la bonne réponse à cette question; nos répondants arrivent en première position.

Que ce soit dans le cas des questions les mieux réussies, bien réussies ou les moins bien réussies, les répondants de cette recherche-ci ont tendance à être proportionnellement plus nombreux que les étudiants de l'enquête canadienne à posséder des connaissances exactes sur le sida et la prévention. Dans plusieurs cas, ils se sont rapprochés de la performance des étudiants de secondaire V et les ont dépassés. Leur position par rapport aux décrocheurs et aux jeunes de la rue est moins évidente: souvent ces derniers ont un meilleur taux de réussite, mais tantôt ce sont les répondants de cette recherche-ci qui les devancent ou les équivalent. Par conséquent, il est raisonnable d'y voir une tendance pour nos répondants à former un groupe différent au plan des connaissances de ceux que King et son

équipe ont interrogés. Le laps de temps qui s'est écoulé entre la collecte des données pour l'enquête canadienne (publiée en 1988) et celle effectuée sur le territoire du DSC (en 1990) n'est probablement pas étrangère à cette distinction puisque beaucoup d'informations sur le sida ont été diffusées pendant cette période dans les média et dans les milieux d'intervention-jeunesse non scolaires et scolaires.

Il reste que les jeunes interrogés ici se sont montrés mieux renseignés que leurs pairs québécois et canadiens tout en ayant certaines lacunes qu'il faudrait voir à rectifier. Les plus importantes portent sur l'impossibilité de guérison par l'AZT (numéro 24) et la morbidité de la maladie (numéro 8), ce qui pourrait exercer une influence sur leur propre perception de la dangerosité de la maladie. Les questions sur les risques d'infection des hommes et des femmes homosexuels (numéro 27), et sur les voies d'infection aux MTS en général (question 23) ou à l'herpès génital (numéro 11) devraient être clarifiées avec les jeunes, ce qui les inciterait à mieux comprendre les mécanismes de transmission du VIH. L'ignorance des complications dues au chlamydia (numéro 25) devrait être corrigée, ce qui les sensibiliserait davantage à l'importance de cette maladie chez les jeunes. Il faudrait aussi voir à rectifier leur croyance erronée à l'égard de l'emploi du condom avec de la vaseline (numéro 13); cela leur permettrait d'utiliser adéquatement le condom. Plus de 30% des jeunes répondants ignoraient ces aspects ou possédait des connaissances erronées à ces niveaux. Quant aux autres renseignements à donner ou à corriger, ils sont davantage d'ordre scientifique. Ils concernent le nom du virus (numéro 1) et son action dans l'organisme (numéro 2). Ces informations sont de moindre importance car elles restent relativement éloignées des connaissances nécessaires pour favoriser chez les jeunes, la prévention en matière de sida.

5.2 Les attitudes

Les jeunes interrogés ont une attitude générale modérément positive (moyenne générale de 3,6 sur 5) envers les différents aspects de la prévention du sida. Calculés selon les catégories d'items (définies dans la méthodologie), ces résultats se répartissent comme suit. Les six (6) items qui avaient pour objet l'aisance face aux mesures de prévention (numéros 2,3,5,8,10,14) obtiennent ensemble une moyenne de 3,68 sur 5 (Tableau 3). Les cinq (5) items qui portaient sur l'acceptation des personnes infectées (numéros 4, 9, 12, 13, 17) obtiennent 3,58 de moyenne. Les trois (3) énoncés concernant le point de vue face aux sources publiques d'information (numéros 6, 7, 11) ont 3,58 de moyenne. Les deux (2) items qui faisaient référence à la

Tableau 3: Test d'attitude: moyennes et fréquences de réponses positives et négatives

Item	Moyenne (de 1 à 5)	éc.-type	N	sans rép.	pas d'accord (avant inversion)	d'accord
1*. Ça change le vécu sexuel d'une personne si elle attrape une MTS.	1.95	1.0	202	8	9.0	74.8
2*. C'est sûrement gênant de voir un médecin quand on croit avoir le sida	2.18	1.4	206	4	21.4	70.0
3.* C'est gênant d'aller acheter des condoms.	3.54	1.4	204	6	52.3	26.2
4. *On ne devrait pas être l'ami-e de quelqu'un qui a le sida.	4.24	1.2	205	5	77.2	9.6
5. Il faut informer sa ou son partenaire sexuel si on croit avoir le virus du sida.	4.69	0.9	201	9	5.3	89.1
6.*Les pouvoirs publics (gouvernement) empêchent les jeunes d'obtenir l'information dont ils ont besoin sur le sida.	3.83	1.3	206	4	66.2	18 1
7.* Le sida n'est pas un problème aussi grave que le disent la télé-vision, la radio et les journaux.	4.40	1.1	205	5	82.9	8.1
8. *Si on emporte un condom avec soi, les gens vont penser qu'on veut avoir une relation sexuelle.	3.55	1.3	203	7	56.2	25.3
9. Les personnes qui ont le virus du sida devraient avoir le droit d'aller dans les mêmes endroits que les autres.	4.17	1.2	202	8	8.1	76.7
10. Pour assurer leur protection, les jeunes doivent discuter avec leur partenaire sexuel-le de la nécessité de porter le condom.	4.61	0.8	204	6	4.3	87.1

* Item négatif dont les données ont été inversées pour le calcule de la moyenne

Tableau 3(suite): Test d'attitude: moyennes et fréquences de réponses positives et négatives

Item	Moyenne (de 1 à 5)	éc.-type	N	sans rép.	pas d'accord (avant inversion)	d'accord
11.* À force d'entendre ce que la télévision, la radio et les journaux disent à propos du sida, on ne sait plus quoi penser.	2.50	1.2	205	5	22.4	56.2
12. *Les personnes qui ont le virus du sida devraient être mises en quarantaine (obligées de vivre à part des autres).	4.19	1.2	205	5	78.5	10.0
13. *Les personnes qui ont le sida ont ce qu'elles méritent.	4.21	1.1	200	10	74.8	8.5
14. *Le condom empêche le plaisir sexuel.	3.53	1.4	201	9	55.7	24.3
15. *Les personnes comme moi ont peu de risque de contracter une MTS.	3.49	1.5	204	6	56.2	27.6
16. *Même s'ils font tout pour éviter d'être infectés, certains attraperont le virus du sida.	2.42	1.3	203	7	24.3	59.0
17. Ceux et celles qui ont le virus du sida devraient être obligés d'en informer les autres.	2.07	1.3	203	7	64.3	16.2

* Item négatif dont les données ont été inversées pour le calcul de la moyenne

susceptibilité à l'infection (numéros 15, 16) obtiennent 2,95 tandis que l'item (numéro 1) qui faisait allusion à l'effet anticipé du sida sur la personne a 1,95 de moyenne.

Comme ce fut le cas pour les connaissances, les résultats au test d'attitudes seront présentés et comparés à ceux de l'enquête canadienne là où cela s'avère possible, c'est-à-dire où les questions ont généré des résultats exposés dans le rapport général (King et al. 1988), celui du Québec (Beazley, King et Warren 1988) et celui des jeunes de la rue (Radford, King et Warren, 1989). Ces comparaisons s'appuient sur la distribution des fréquences de réponse (Tableau 3). Ces fréquences sont montrées par le pourcentage de jeunes qui se sont dits d'accord ou fortement en accord avec l'énoncé présenté (sous "d'accord" dans le tableau 3), ou en désaccord et fortement en désaccord avec cet énoncé (sous "pas d'accord" dans le tableau 3).

Les jeunes se sont montrés les plus positifs à l'endroit de 7 des 17 énoncés (Tableau 3). Chacun de ces items obtient une moyenne supérieure ou égale à 4 sur un maximum de 5. Parmi ces énoncés, les deux (2) qui ont obtenu les moyennes les plus élevées (numéros 5 et 10) portaient sur la communication avec le partenaire sexuel. Suivent quatre (4) items concernant les personnes atteintes de sida et un (1) énoncé qui portait sur la gravité du problème selon ce qu'en disent les média (numéro 7), mais avec une moyenne supérieure à 4 sur 5 (numéros 4, 9, 12 et 13). Voici la comparaison entre les répondants interrogés ici et les jeunes de l'enquête nationale.

La grande majorité, soit 89% des répondants interrogés, trouve que la ou le partenaire sexuel doit être informé si on doute d'être soi-même infecté par le VIH (numéro 5). Cette position correspond à celle de 83% des canadiens de secondaire V, 90% des décrocheurs et 87% des jeunes de rue. Avec le groupe des décrocheurs canadiens, nos répondants sont donc parmi les plus nombreux à être positifs sur ce point. Parmi les jeunes du territoire du DSC, 87% trouvent que les jeunes devraient discuter avec leur partenaire de la nécessité de faire usage du condom (numéro 10); 72% et 70% des décrocheurs canadiens et des jeunes de la rue pensent respectivement la même chose. Les répondants de cette recherche-ci sont proportionnellement les plus nombreux à partager cet avis. Par contre, cet item a été modifié avant de leur être soumis afin d'omettre la personnalisation qu'engendre l'usage du "je". Il s'agissait de laisser la distance voulue entre le répondant et son comportement afin que ce soit son attitude qui s'exprime en rapport avec l'objet visé. Cette modification a probablement entraîné une réponse plus aisément positive.

Dans notre recherche, près de 10% des jeunes pensent que l'on ne devrait pas être ami avec une personne atteinte de sida (numéro 4). Respectivement 13%, 14%, 14% et 15% des canadiens de secondaire III, V, des décrocheurs et des jeunes de rue canadiens pensent la même chose. Les répondants de cette recherche-ci se montrent plus favorables que les autres aux personnes atteintes puisqu'ils sont proportionnellement les moins nombreux à penser qu'il ne faudrait pas avoir pour ami une personne atteinte de sida. Cette position pourrait être due à la correction que la question a subie pour les fins de la recherche. Il s'agissait ici encore d'une modification du libellé afin d'omettre l'usage du "je". La question de l'enquête canadienne ne permettait pas la distance nécessaire entre le répondant et l'énoncé pour que ce soit l'attitude qui soit bel et bien projetée envers l'objet étudié.

À une autre question sur les personnes atteintes, 77% des jeunes répondants se sont dits favorables à ce que celles-ci puissent circuler dans les endroits accessibles aux autres personnes (numéro 9). Dans l'enquête canadienne, respectivement 58%, 55% et 77% des canadiens de secondaires III, V et des décrocheurs canadiens partageaient ce point de vue. Les répondants arrivent en première position ex aequo avec les décrocheurs et dépassent largement les étudiants canadiens. Il faut noter que la question a été modifiée pour les besoins de la recherche. Le questionnaire de l'enquête nationale parlait de la libre circulation dans les classes de l'école. Dans cette recherche-ci, puisque les jeunes étaient interrogés en dehors du contexte scolaire, la question les référait plutôt aux "endroits" qui pouvaient être fréquentés par les personnes atteintes de la maladie.

Parmi les jeunes répondants, 10% ont par ailleurs été d'accord à obliger les personnes atteintes à être mises en quarantaine (numéro 12). Ils étaient 14% des canadiens de secondaire III et 19% des groupes respectifs de canadiens de secondaire V, de décrocheurs et de jeunes de la rue à adhérer à cette idée. Ici encore, les jeunes de cette recherche-ci se sont montrés plus positifs que les autres vis-à-vis des personnes atteintes. En outre, les jeunes du territoire du DSC n'ont été que près de 9% à trouver que les personnes atteintes ont ce qu'elles méritent (numéro 13); il y a eu 11% des canadiens de secondaire III, 12% de secondaire V et 10% de décrocheurs canadiens à penser ainsi. Les répondants de notre recherche ont encore tendance à être les moins nombreux à défavoriser les personnes atteintes. Il faut cependant considérer que l'item a été modifié pour cette recherche-ci afin d'enlever dans l'énoncé la restriction que présente la négation "n'ont que ce qu'elles méritent". Cela a peut-être influencé les résultats.

Dans cette recherche, 8% des jeunes trouvent que les média exagèrent la gravité du problème du sida (numéro 7). Ils sont respectivement 8%, 6% 10% et 10% des canadiens de secondaire III, secondaire V, des décrocheurs et des jeunes de la rue à penser ainsi. Les répondants du territoire du DSC sont donc parmi les moins nombreux à adopter cette position.

Proportionnellement plus de jeunes répondants du DSC se sont montrés favorables à des perspectives positives et défavorables à des perspectives négatives qui leur étaient présentées, considérant les moyennes obtenues à ces items et les fréquences obtenues ici et comparées avec celles des jeunes canadiens. Malgré les limites méthodologiques dont il a été question, il faut admettre que les jeunes du territoire du DSC sont probablement plus favorables que les autres à la communication entre partenaires à propos de sida et de sécuri-sexe ("Safer sex"), plus favorables aussi aux personnes atteintes et ils prennent plus au sérieux le problème du sida tel que rapporté par les média.

Un autre aspect positif mais un peu moins favorable que le précédent est indiqué au tableau 3 par une moyenne comprise entre 3 et 4. Ce résultat a été obtenu par cinq (5) des énoncés du test d'attitude. Parmi ceux-ci, trois (3) traitaient du condom (numéros 3, 8 et 14), un (1) portait sur l'information fournie par les pouvoirs publics sur le sida (numéro 6) et un (1), sur la susceptibilité personnelle du répondant à l'infection aux MTS (numéro 15). La comparaison avec les données de l'enquête nationale peut se faire pour les cinq (5) énoncés.

D'abord, 34% des québécois de secondaire V, 21% des décrocheurs et 19% des jeunes de la rue trouvent qu'il est intimidant d'acheter des condoms (numéro 3); les répondants de cette recherche-ci sont 26% à partager cette opinion, ce qui en fait un groupe intermédiaire entre les étudiants du secondaire et les autres jeunes canadiens. Cependant, le libellé de l'item a été modifié pour constituer un énoncé sans référence personnalisée au répondant ("ça me gênerait...") de manière à ce qu'il puisse trouver la distance nécessaire pour faire apparaître son attitude à l'égard de l'objet de l'énoncé. Cette amélioration de l'item a pu exercer une influence. Il reste que la proportion de jeunes du DSC est comparable à l'ensemble des canadiens puisqu'elle se situe entre le maximum (34%) et le minimum (19%) obtenus pour les groupes québécois et canadiens.

À propos du condom, 25% des répondants de cette recherche-ci ont manifesté leur accord avec l'énoncé qui suggérait qu'avoir un condom avec soi signifiait aux autres son intention d'avoir une relation sexuelle (numéro 8); 46% des québécois de secondaire V sont eux aussi d'accord avec cet énoncé. Les répondants

montréalais sont donc proportionnellement moins nombreux que les étudiants québécois à adhérer à ce point de vue. De plus, il y a respectivement 38% et 36% des décrocheurs canadiens et des jeunes de la rue qui trouvent que le condom empêche le plaisir sexuel (numéro 14). Les résultats de l'enquête canadienne présentent les résultats à cette question selon que les jeunes aient eu ou non l'expérience de relations sexuelles. Ainsi, chez les canadiens de secondaire V et les décrocheurs qui ont eu des relations sexuelles, respectivement 48% et 52% pensent que le condom nuit au plaisir sexuel. Les étudiants et les décrocheurs qui n'ont pas expérimenté les relations sexuelles sont respectivement 10% et 14% à partager cette idée. Dans cette recherche-ci, 24% de répondants trouvent que le condom est une entrave au plaisir sexuel. Cette proportion est moindre que celle des décrocheurs canadiens et des jeunes de la rue, et très inférieure à celle des jeunes canadiens qui ont l'expérience des relations sexuelles.

Selon 18% des répondants du territoire du DSC, les pouvoirs publics font obstacle à la diffusion de l'information sur le sida (numéro 6). Les canadiens de secondaire III et V sont respectivement 20% et 18% à partager cet avis. La proportion de répondants du DSC en accord sur ce point est donc équivalente à celle des étudiants de secondaire V.

Près de 28% des répondants de cette recherche-ci ont indiqué qu'il n'y avait qu'une faible probabilité qu'une personne comme eux soit "à risque" de contracter une MTS (numéro 15). Selon l'enquête canadienne, seulement 7% des jeunes de rue "ont indiqué que le risque d'attraper une de ces maladies [les MTS] était la conséquence possible des relations sexuelles qui les inquiétait le plus" (Radford, King et Warren, 1989, p. 126). Les MTS semblaient de toute évidence "soulever peu d'inquiétudes tant dans la population étudiante que chez les décrocheurs, peut-être parce que ces maladies ne sont pas mortelles et qu'il existe des traitements" (King et al. 1988, p. 107). Dans le rapport qui présente l'ensemble des résultats de l'enquête canadienne, les auteurs affirment avoir constaté "que les jeunes qui sont actifs sexuellement n'ont pas plus peur d'attraper le sida ou une autre MTS que ceux qui n'ont jamais eu de relations sexuelles" . À l'appui de cela, ils font référence aux 52% de canadiens de secondaire III et de secondaire V qui ont eu des relations sex ...s et à respectivement 54% et 52% de ceux sans expérience sexuelle qui disaient avoir peur d'attraper le sida (King et al. 1988, p. 106). Dans l'ensemble, respectivement 54%, 57% et 69% des canadiens de secondaire V, des décrocheurs et des jeunes de la rue canadiens ont avoué leur crainte de s'infecter et d'avoir le sida (Radford, King et Warren, 1989, p. 106). D'après les résultats obtenus ici, il semble que les jeunes du territoire du DSC soient plus

sensibilisés aux MTS que ne l'étaient leurs pairs canadiens puisque moins du tiers des répondants seulement se sentent peu susceptibles d'en contracter et que cet énoncé a quand même obtenu une moyenne située entre 3 et 4 sur 5 points possibles (Tableau 3).

Les aspects de leur attitude qui les montraient moyennement favorables à la lutte au sida (selon les moyennes au tableau 3) placent les jeunes du DSC en meilleure position que leurs pairs canadiens pour faire face au phénomène. Cela est loin de vouloir dire que la situation des jeunes du territoire du DSC soit acceptable. Cette partie de la comparaison, ne l'oublions pas, a été effectuée à partir d'énoncés dont les résultats montraient l'attitude dans ses aspects légèrement positifs seulement; les réponses pouvaient même se rapprocher de l'indifférence. En limitant la comparaison au niveau de ces réactions légèrement positives, il serait plus légitime de conclure que l'attitude des répondants du territoire du DSC est la moins mal en point, si on compare avec les jeunes canadiens de l'enquête nationale.

Les aspects envers lesquels l'attitude des jeunes du DSC s'est avérée la moins favorable sont montrés au tableau 3 par les cinq (5) énoncés dont la moyenne est inférieure à 3. Ceux-ci traitaient respectivement des sentiments inspirés par la visite médicale en cas de doute d'infection (numéro 2), de la nécessité de faire savoir aux autres si on est soi-même infecté par le virus du sida (numéro 17), de la contribution des média à la clarification des idées personnelles sur le sida (numéro 11), des possibilités d'échec des mesures de prévention (numéro 16), et de l'effet d'une MTS sur la sexualité (numéro 1). L'ensemble des résultats indiquent ainsi une attitude générale plutôt tiède allant jusqu'à être négative. La comparaison avec l'enquête canadienne est possible pour trois (3) de ces cinq (5) énoncés, à l'aide des résultats disponibles dans l'un ou plus d'un des trois rapports d'enquête canadienne consultés.

D'après 70% des répondants de cette recherche-ci, ce serait intimidant de faire une visite médicale lorsqu'on se croit atteint de sida (numéro 2). Les résultats de l'enquête canadienne avaient indiqué que, dans ces circonstances, 42% des jeunes de rue demanderaient de l'aide à leur médecin habituel, 11% recourraient à un autre médecin, 20% iraient dans un centre de soins communautaires et 12% se dirigeraient vers l'hôpital (Radford, King et Warren, 1989, p. 102). L'enquête canadienne a aussi montré que respectivement 21%, 15% et 10% des canadiens de secondaire III, V et des décrocheurs qui ont l'expérience de relations sexuelles trouvaient trop intimidant de rencontrer un médecin ou une infirmière s'ils se croyaient atteints d'une MTS. Chez les canadiens qui n'ont pas eu de relations sexuelles, 25% des étudiants de se-

condaire III, 15% de secondaire V et 25% des décrocheurs partageaient ce sentiment s'ils croyaient avoir une MTS. Comparé à ces résultats, il semble donc qu'une très grande proportion des répondants de cette recherche-ci trouvent intimidant de consulter un médecin dans le cas où ils soupçonneraient être atteints de sida.

Plus de 56% des répondants de cette recherche-ci éprouvent de la difficulté à se faire une idée claire sur le sida à partir de ce que les média rapportent (numéro 11). Dans l'enquête canadienne, respectivement 29%, 30%, 37% et 43% des canadiens de secondaire III, V, des décrocheurs et des jeunes de la rue étaient dans cette situation. Les répondants de cette recherche-ci sont donc proportionnellement beaucoup plus nombreux à ressentir la confusion. Il faut cependant convenir que le sujet du sida a été plus abondamment traité par les média québécois depuis quelques années seulement. Il est possible que cette couverture médiatique ait sensiblement augmenté depuis le moment où l'équipe de King a colligé ses informations, ce qui vraisemblablement remonte au moins à la période précédant 1988, date de la parution des rapports canadiens et québécois. Le cumul plus considérable d'informations a pu contribuer à augmenter la difficulté chez les jeunes interrogés au printemps 1990, à se faire une opinion précise sur le sujet.

Selon 59% des répondants de cette recherche-ci, il serait possible que certaines personnes soient infectées par le VIH malgré qu'elles aient tout fait pour l'éviter(numéro 16); 52% des canadiens de secondaire V, 53% des décrocheurs et 31% des jeunes de la rue sont d'accord avec cette idée. Ce fatalisme semble donc plus répandu chez les répondants du DSC que chez les autres canadiens.

Pour l'ensemble de l'attitude mesurée, la comparaison avec les résultats de l'enquête canadienne démontre que les jeunes du territoire du DSC, même avec leur attitude modérément favorable, restent néanmoins en meilleure position que leurs pairs canadiens dans la lutte au sida. Or, l'attitude mesurée avait pour principal objet la prévention du sida. Les spécifications du test d'attitude indiquaient que cette attitude était composite; elle était constituée de l'aisance face aux mesures de prévention, de l'acceptation des personnes infectées, du point de vue à l'égard des sources publiques d'information, de la susceptibilité perçue à l'infection et de l'anticipation de l'effet du sida sur la personne. Même si aucune comparaison avec l'enquête canadienne n'a pu être faite pour certains énoncés, il est possible de vérifier si les répondants du DSC maintiennent leur avantage sur les canadiens pour l'ensemble des composantes du test d'attitude.

D'abord, les jeunes du DSC paraissent nettement plus à l'aise d'envisager les mesures préventives que ne l'étaient les jeunes canadiens. En effet, ils ont été proportionnellement les moins nombreux à être d'accord avec les énoncés négatifs numéros 8 et 14 du tableau 3, les plus nombreux ou ex aequo avec les décrocheurs canadiens à se montrer d'accord avec les énoncés 5 et 10, et en proportion semblable aux autres à se dire d'accord avec l'énoncé 3, lui aussi négatif. Dans un cas seulement, ils se sont nettement placés en dernière position; il s'agit de celui où ils ont été les plus nombreux, toutes proportions gardées, à se dire intimidés de consulter un médecin en cas de doute d'avoir le sida (numéro 2). L'aisance modérée, mais tout de même reflet d'une attitude positive, est ainsi plus répandue parmi les répondants du DSC que chez ceux de l'enquête canadienne.

Ensuite, le moins que l'on puisse dire de l'acceptation des personnes atteintes de sida est qu'elle est présente parmi la jeunesse. La moyenne obtenue par les répondants était inférieure à 4 mais supérieure à 3 sur 5 pour les items qui mesuraient cette dimension de l'attitude. Ces répondants semblent davantage accepter les personnes atteintes que leurs pairs canadiens. Quatre (4) items sur cinq (5) de cette série ont pu servir à cette comparaison. Nos répondants ont été en proportion plus élevée en accord (seul ou ex aequo avec les décrocheurs canadiens) avec un énoncé (numéro 9), tandis qu'ils ont été proportionnellement les moins nombreux à donner leur appui à trois (3) énoncés négatifs (numéros 4,12 et 13). Accepter les personnes atteintes de sida fait donc partie d'une attitude modérément positive mais plus répandue chez les jeunes du territoire du DSC que chez ceux de l'enquête canadienne.

Les répondants du DSC ont aussi développé une attitude modérément positive (moyenne inférieure à 4 mais supérieure à 3 sur 5) à l'égard des sources publiques d'information. Mais il est difficile de bien les situer sur ce plan par rapport aux autres canadiens. Toutes proportions gardées, ils sont en effet les plus nombreux à être d'accord avec un des énoncés négatifs (numéro 11), les moins nombreux à se montrer d'accord avec un second énoncé négatif (numéro 7) et autant que les autres à être d'accord avec le dernier énoncé, négatif lui aussi(numéro 6). Leur position est pour le moins relativement ambiguë et disparate comparée à celle des canadiens de l'enquête nationale.

L'un des cadres de référence qui inspire l'étude du sida et et de la prévention, à savoir le "Health Belief Model", met en relief les circonstances qui incitent la personne à entreprendre une démarche de prévention. Ce modèle suggère entre autres qu'il faut ressentir sa

susceptibilité à la maladie. Or, parmi les spécifications du test d'attitude, il se trouvait une catégorie constituée de deux (2) items qui portaient sur cet aspect. Dans le premier, le sentiment d'être soi-même "à risque" d'infection allait dans le sens positif de l'attitude (numéro 15). Dans le second, par contre, le fait d'acquiescer à l'énoncé (numéro 16) rendait compte du côté négatif de l'attitude. Se ranger à l'idée qu'il est inutile de prendre des mesures contre la transmission du VIH puisqu'il reste possible malgré tout de contracter la maladie reflétait en effet une certaine tendance au fatalisme. Comparés aux jeunes de l'enquête canadienne, les répondants ont été, toutes proportions gardées, plus nombreux à être d'accord avec l'énoncé positif mais plus nombreux aussi à être d'accord avec l'énoncé négatif. La moyenne de cette catégorie étant inférieure à 3, il faut conclure à une tendance très modérée à vouloir prévenir les infections vénériennes ou le sida, et à une certaine tendance au fatalisme, ces tendances étant plus répandues chez les jeunes du territoire du DSC que chez leurs collègues canadiens.

En somme, les répondants sont en général positifs, certes, à l'égard de la prévention et des aspects qui y sont rattachés, mais sans plus. Même s'ils figurent en meilleure position que les canadiens de l'enquête nationale, les jeunes du territoire du DSC se sont montrés passablement modérés dans la position qu'ils ont prise à l'endroit de la prévention du sida. Comme ces résultats l'indiquent, du travail reste à faire au niveau des attitudes générales de ces jeunes pour favoriser la lutte contre le sida et les autres MTS. Le travail d'intervention est particulièrement nécessaire au niveau de la susceptibilité et du fatalisme face à l'infection. Plusieurs autres cibles relativement précises pour les futures interventions peuvent être établies grâce aux résultats présentés au tableau 3. Certaines sont reliées à la vie sexuelle dans le cas d'infection, d'autres au sentiment de gêne à consulter un médecin en cas de doute d'infection par le VIH, d'autres encore à la clarification de ses idées sur ce que racontent les média au sujet du sida, ou à la divulgation à l'entourage de sa situation dans le cas où l'on serait infecté par le VIH. L'intégration de ces cibles aux objectifs des programmes de prévention en matière de sida équivaudrait à une meilleure correspondance entre ces programmes et les besoins de formation des jeunes visés.

5.3 Les comportements

Les résultats des répondants aux questions sur les comportements sexuels sont présentés au tableau 4. Les trois quarts des répondants ont indiqué avoir déjà eu des relations sexuelles. Plus de la moitié de ces jeunes (53,1%) disent avoir eu plus de 3 partenaires sexuels et

Tableau 4: Fréquence de répondants par rapport à des aspects du comportement sexuel

Numéro de question	Activités sexuelles	Fréquence(%)	N	sans réponse
3-	Ont déjà eu des relations sexuelles ("faire l'amour avec une ou plusieurs autres personnes")	158(75.2)	210	7
4-	Taux de relations sexuelles par jeunes qui disent en avoir eu			
	(moyenne=18.9, éc.-t.=28.8)		158	36
	- 1 à 4	28(17.0)	158	36
	- 5 à 10	29(17.6)	158	36
	- 11 à 15	17(10.3)	158	36
	- 16 à 20	9(5.5)	158	36
	- 21 à 25	3(1.8)	158	36
	- 26 à 30	7(4.2)	158	36
	- 31 à 50	8(4.8)	158	36
	- 51 à 85	7(4.2)	158	36
	- plus de 85	14(8.5)	158	36
14-	Nombre de partenaires sexuels par jeunes qui disent avoir des relations sexuelles			
	- 1	34(21.5)	158	8
	- 2	32(20.3)	158	8
	- 3	17(10.8)	158	8
	- 4	14(8.9)	158	8
	- 5	12(7.6)	158	8
	- 6	10(6.3)	158	8
	- 7	4(2.5)	158	8
	- 8	4(2.5)	158	8
	- 9	1(0.6)	158	8
	- 10	10(6.3)	158	8
	- 11 à 50	10(6.3)	158	8
	- 51 et plus	2(1.3)	158	8
10-	Ont déjà eu des relations sexuelles coïtales ("où le pénis est introduit dans le vagin")	153(72.9)	210	6
11-	Ont déjà eu des relations sexuelles anales ("où le pénis est introduit dans l'anus")	28(13.3)	210	5
6-	Ont déjà eu des relations sexuelles avec quelqu'un de l'autre sexe	150(71.4)	210	6
7-	Ont ordinairement des relations sexuelles avec quelqu'un de l'autre sexe	142(67.6)	210	7

Tableau 4: Fréquence de répondants par rapport à des aspects du comportement sexuel

Numéro de question	Activités sexuelles	Fréquence(%)	N	sans réponse
8-	Ont déjà eu des relations sexuelles avec quelqu'un de leur sexe	7(3.3)	210	6
9-	Ont ordinairement des relations sexuelles avec quelqu'un de leur sexe	7(3.3)	210	7
12-	Ont déjà eu des relations sexuelles pour recevoir de l'argent ou des cadeaux en retour	11(5.2)	210	5
13-	Ont déjà donné de l'argent ou des cadeaux en retour de relations sexuelles	3(1.4)	210	6
5-	Ont déjà eu des relations sexuelles avec quelqu'un de leur famille.	11(5.2)	210	7
15-	Ont un "chum" régulier ou une "blonde" régulière	129(61.4)	210	7
	- depuis 1 an et moins:	97(75.2)	129	4
	- 3 mois et moins	50(38.8)	129	4
	- 4 à 6 mois	26(20.2)	129	4
	- 7 à 9 mois	10(7.8)	129	4
	- 10 à 12 mois	11(8.5)	129	4
	- depuis plus de 1 ans et moins de 2:	21(16.3)	129	4
	- depuis plus de 2 ans	7(5.4)	129	4
	- Ont eu des relations sexuelles avec leur "blonde" ou "chum" régulier,ère	95(73.6)	129	4
Autre:				
1-	Se sont déjà injectés des drogues	6(3.0)	197	13
2-	Se sont injectés d'autres produits	4(2.0)	197	13

presque tous ceux qui disent avoir déjà eu des relations sexuelles rapportent avoir expérimenté la relation coïtale. Parmi ces jeunes qui ont vécu des relations sexuelles, il y en a 13% qui disent avoir l'expérience de relations anales. Ces comportements figurent parmi les plus dangereux pour la contamination par le virus du sida. Le taux moyen de relations sexuelles par jeune se situe autour de 19.

La comparaison avec les résultats de l'enquête nationale a pu être effectuée surtout en utilisant les données recueillies auprès des décrocheurs et des jeunes de la rue parce que plusieurs des sujets relatifs au comportement sexuel n'ont pas été abordés avec les élèves des écoles secondaires canadiennes. De plus, certaines des questions utilisées dans cette recherche-ci ne figuraient pas au questionnaire de l'enquête canadienne. Plusieurs autres données sont néanmoins disponibles dans les rapports canadien, québécois ou portant sur les jeunes de la rue, et peuvent donc alimenter la comparaison. Des recoupements avec les résultats aux questions sur l'expérience sexuelle (numéro 3), avec les questions sur la pénétration (vaginale ou anale, numéros 10 et 11) sur le nombre de partenaires sexuels de sexe opposé ou de même sexe (numéros 6 à 9) permettent de corroborer que plus de 70% des répondants ont eu des relations sexuelles (Tableau 4). Le rapport québécois de l'enquête canadienne fait état de respectivement 72% et 53% des étudiants de secondaire III et V qui n'auraient jamais expérimenté la relation sexuelle avec pénétration, et de respectivement 29% et 47% qui auraient vécu l'expérience. Par contre 87% des décrocheurs et 94% des jeunes de la rue canadiens ont cette expérience. Les répondants de cette recherche-ci se situent à mi-chemin, devançant les étudiants québécois de leur âge tout en étant proportionnellement moins nombreux que les décrocheurs et jeunes de la rue à avoir l'expérience de relations sexuelles.

Le taux de relations sexuelles apparaît relativement élevé chez les répondants qui disent avoir cette expérience (numéro 4). Parmi eux, près des deux tiers auraient eu plus de 10 rapports sexuels (Tableau 4). L'enquête nationale ne présente pas suffisamment de détails à ce niveau pour comparer le taux de relations sexuelles de nos répondants avec celui des jeunes canadiens ou québécois. Cependant, les renseignements disponibles montrent que respectivement 9% et 8% des québécois de secondaire III et V ont vécu l'expérience une seule fois, 13% et 21% respectivement disent l'avoir vécue quelquefois tandis que 7% et 18% affirment l'avoir souvent vécue. Le rapport des résultats généraux indique pour le groupe des décrocheurs que 5% des garçons et 3% des filles disent avoir eu l'expérience de relations sexuelles seulement une fois, respectivement 32% et 31% affirment l'avoir vécue quelquefois, 52% et 47% respective-

ment disent en avoir souvent fait l'expérience. Il est impossible d'établir avec exactitude la signification quantitative de "quelquefois" et "souvent" pour des adolescents. Les répondants de cette recherche-ci qui ont eu d'une à quatre expériences de relations sexuelles pourraient vraisemblablement faire partie de ceux qui auraient donné comme réponse "une seule fois" ou quelquefois". Si cette hypothèse est exacte, ils seraient alors 17 % dans cette situation tandis que les autres 57% se trouveraient parmi les jeunes qui diraient avoir souvent fait l'expérience de relations sexuelles. En supposant que cette hypothèse soit la bonne, alors les répondants de cette recherche-ci se rapprocheraient sur ce point des décrocheurs canadiens.

Parmi les répondants qui ont eu des relations sexuelles, 22% affirment n'avoir qu'un seul partenaire et ils sont près de 48% à avoir cumulé de 2 à 5 partenaires sexuels; 18% des répondants actifs sexuellement déclarent avoir eu de 6 à 10 partenaires, tandis que 8% auraient eu 11 partenaires ou plus, les autres n'ayant pas donné de réponse (numéro 14, tableau 4). Chez les québécois de secondaire V qui ont eu des relations sexuelles, 39% disaient n'avoir eu qu'un seul partenaire sexuel, 46% disaient avoir eu de 2 à 5 partenaires et 15% déclaraient 6 partenaires ou plus (ce qui représente 26% parmi nos répondants). Chez les décrocheurs, 15% des filles et 23% des garçons n'avaient eu qu'un seul partenaire; respectivement 37% et 47% avaient eu de 2 à 5 partenaires, 22% et 17% respectivement avaient eu de 6 à 10 partenaires, tandis que 27% et 13% avaient eu plus de 10 partenaires. Chez les jeunes canadiens qui se prostituent, la moyenne par jeune était de 250 partenaires sexuels; le rapport sur les jeunes des rues (Radford, King et Warren, 1989, p. 122) indiquait aussi que les deux tiers d'entre eux et que la moitié des décrocheurs avaient eu au moins 5 partenaires sexuels. Ce chiffre est de 33% chez les répondants de cette recherche-ci. La majorité (53%) des répondants du territoire du DSC ont quand même déclaré avoir eu au moins 3 partenaires sexuels. Proportionnellement, les jeunes interrogés sur le territoire du DSC sont donc plus enclins que leurs pairs québécois de secondaire V, mais moins que ceux de la rue et que les décrocheurs canadiens, à cumuler plus de 5 partenaires sexuels.

Il y a respectivement 71% et 68% des répondants qui disent avoir déjà eu ou avoir habituellement des relations sexuelles avec des personnes de sexe opposé (numéros 6 et 7). Le rapport sur les jeunes de rue (Radford, King et Warren, p. 118) indique que chez les décrocheurs, 98% des garçons et 96% des filles s'identifiaient comme hétérosexuels, tandis que chez les jeunes de la rue, ces pourcentages sont respectivement de 91% et 93%. Chez les garçons, 1% des décrocheurs et 4% des jeunes de la rue se disaient bisexuels tandis que chez les

filles, ces pourcentages étaient respectivement de 5% et 3%. Mais l'identification à l'une ou l'autre des orientations sexuelles n'est pas un reflet fidèle de la réalité des activités sexuelles des personnes, d'une part. À cet effet, l'enquête canadienne a révélé que 15% des jeunes de la rue avaient eu des relations sexuelles avec quelqu'un de même sexe (King et al. 1988, p. 126), bien que seulement 3% des garçons et 1% des filles se déclaraient homosexuels. Le rapport canadien fait état de 1% des décrocheurs et étudiants des niveaux collégial et universitaire qui s'identifiaient comme homosexuels. Les auteurs du rapport national constatent que "Cette proportion est faible: on estime en effet qu'aux États-Unis, entre trois et cinq pour cent des hommes et entre un et deux pour cent des femmes sont exclusivement homosexuels" (King et al. 1988, p. 91). Dans cette recherche-ci, un peu plus de 3% des répondants ont déjà eu ou ont habituellement des relations sexuelles avec quelqu'un de leur sexe (numéros 8 et 9). Cela correspond au taux de personnes d'orientation homosexuelle à Montréal. Un sondage effectué dans la région montréalaise en 1989 indiquait en effet que 3,5% de l'échantillon d'adultes de 18 ans et plus étaient d'orientation homosexuelle (Dupras, Lévy, Samson, Tessier, 1989). D'autre part, le nombre peu élevé d'étudiants et décrocheurs (1%) qui se disaient d'orientation homosexuelle s'expliquerait comme suit, d'après les auteurs du rapport canadien: "si les jeunes peuvent prendre conscience de leur tendance homosexuelle assez tôt durant l'adolescence, on croit généralement que ce n'est pas avant l'âge de 18 à 21 ans qu'ils sont prêts à accepter cette réalité. Ce phénomène peut expliquer en partie pourquoi une si faible proportion des jeunes que nous avons interrogés se sont dits homosexuels (...) il ne faut pas s'étonner qu'ils éprouvent une certaine réticence à (...) en faire état dans un questionnaire anonyme"(King et al. 1988, p. 91). Par conséquent, pour connaître la nature véritable des activités sexuelles des jeunes, il est préférable de questionner leurs comportements au lieu de l'orientation sexuelle à laquelle ils s'identifient. Aussi, malgré le taux apparemment plus élevé de rapports sexuels avec un partenaire de même sexe tel que révélé dans cette recherche-ci, il serait inapproprié de conclure que les répondants du DSC affichent, en comparaison avec leurs pairs canadiens, une proportion plus élevée de personnes d'orientation homosexuelle.

Parmi les répondants, 73% disent avoir l'expérience de la pénétration vaginale et 13%, de la pénétration anale (numéros 10 et 11, tableau 4). Si on s'en tient aux répondants actifs sexuellement (75%, voir le numéro 3) cela correspond à 97% qui ont expérimenté la pénétration vaginale et 17%, la pénétration anale. Rappelons que parmi les jeunes canadiens, 29% des québécois de secondaire III, 47% en secondaire V, 87% des dé-

crocheurs et 94% des jeunes de rue disaient avoir l'expérience de relations sexuelles avec pénétration. Le rapport sur les jeunes de la rue mentionne que 21% d'entre eux et 17% des décrocheurs auraient eu l'expérience de la pénétration anale. Bien que l'expérience de relations anales soient moins répandue parmi nos répondants que chez les décrocheurs canadiens ou les jeunes de la rue, la situation des individus n'en est pas moins dangereuse puisqu'un jeune sur six actifs sexuellement interrogés dans cette recherche-ci a l'expérience du comportement sexuel le plus risqué par rapport à l'infection par le VIH.

Par ailleurs, 5% des répondants disent avoir eu des relations sexuelles en échange d'argent ou de cadeaux et 1% disent avoir donné de l'argent ou des cadeaux en retour de relations sexuelles. Rétribuer quelqu'un en échange de relations sexuelles paraît n'être qu'un phénomène marginal. Il est néanmoins plus répandu parmi les répondants d'être rétribués pour ses "services" sexuels. Dans le rapport sur les jeunes de la rue, Radford, King et Warren (1989) indiquaient que 14% des jeunes de rue interrogés étaient prostitués. Les auteurs disent également qu'au moment de l'enquête, les jeunes identifiés comme prostitués ne se livraient pas tous à la prostitution et que "14 p. 100 d'entre eux se trouvaient dans des foyers de groupe ou des refuges temporaires, où ils essayaient de changer de mode de vie" (p. 11-12). Comme ce genre de milieux compte parmi les organisations non scolaires du territoire du DSC, il est fort possible que des jeunes de ce groupe se soient trouvés parmi les 5% à avoir indiqué qu'ils avaient déjà été rétribués pour des rapports sexuels.

Par rapport à l'ensemble des répondants, 61% déclaraient avoir une petite amie ou un petit ami réguliers (numéro 15). De ce nombre, 74% ont eu des relations sexuelles avec leur partenaire régulier(numéro 16), 75% déclaraient vivre cette liaison depuis un an ou moins et près de 60% disaient qu'elle durait en fait depuis 6 mois et moins. Parmi ceux qui ont un partenaire régulier, 16% vivent cette relation depuis plus d'un an mais moins de 2 ans et 5%, depuis plus de 2 ans (Tableau 4). Les données canadiennes sont difficiles à comparer sur ce point. Le rapport canadien (King et al. 1988, p. 96) donne certains renseignements sur la durée des relations avec les partenaires sexuels chez les étudiants des niveaux collégial et universitaire. Ainsi, il indique par exemple que 63% des garçons entretiennent des relations sérieuses à long terme avec leur partenaire, tandis que c'est le cas pour 84% des filles; mais 35% des garçons et 30% des filles auraient eu des relations sérieuses à court terme. Sans connaître la durée du court terme et du long terme, la comparaison reste basée sur une approximation fort hypothétique. Il se peut, par exemple, que le long terme si-

gnifie à l'adolescence une durée supérieure à un an. Si tel était le cas, alors 22% des répondants de cette recherche-ci seraient dans une relation susceptible d'être appelée à long terme, ce qui serait moindre que chez les collégiens et les universitaires canadiens. Advenant qu'une période s'étendant sur plus que 6 mois soit un long terme, alors 38% des répondants feraient partie du groupe. Dans les deux cas, les répondants de cette recherche-ci se retrouveraient proportionnellement moins nombreux que les collégiens et les universitaires à dire qu'ils vivent une relation à long terme.

Pour l'intérêt que représente le sujet de l'inceste, et compte tenu que la sexualité des jeunes était questionnée dans cette recherche, une question a été introduite au questionnaire qui demandait au répondant d'indiquer s'il avait déjà eu des relations sexuelles avec quelqu'un de sa famille (numéro 5); 5% des jeunes ont répondu par l'affirmative. Une allusion à ce phénomène figure au rapport d'enquête canadien sur les jeunes de la rue (Radford, King et Warren, 1989, p. 117 à 120). Il y est dit que 11% des jeunes de rue n'avaient pas encore 10 ans lorsqu'ils ont eu leurs premières relations sexuelles. La moitié de ceux-ci ont signifié qu'il s'agissait alors d'un viol et la plupart des cas étaient le fait soit des parents, soit des amis de la famille de sexe masculin. Pour plusieurs raisons (par exemple l'absence de déclaration de nombreux cas, la "loi du silence", ou autres), il est difficile d'établir avec précision la proportion des jeunes qui ont vécu cette expérience. Mais une certaine approximation demeure possible.

> Aux États-Unis, des auteurs estiment pour les années 1980 qu'une fille sur 4 (...) et qu'un à 3 garçons sur 11, sur 10, ou sur 9 selon les observations (...), ou 1 garçon sur 7 (...), composent le groupe des jeunes agressés sexuellement (...) une personne sur 3, impliquées dans une étude (...) avait été agressée sexuellement avant l'âge de 18 ans (...)1 enfant sur 20 serait victime d'inceste.
>
> Au Canada, les données présentées dans le Rapport Badgley montrent que 42% des adultes canadiens, interrogés dans le cadre d'une vaste enquête ont subi des actes sexuels non désirés. L'enquête montre aussi que 40% des Québécois seraient dans la même situation. Ces actes sexuels non désirés comprennent l'exhibitionnisme, les menaces et les tentatives d'agression sexuelle ainsi que les agressions sexuelles comme telles. Sur 5 incidents de ce genre, 4 ont eu lieu pendant l'enfance ou l'adolescence des répondants. Environ 2 femmes sur 5 et 1 homme sur 4 ont vécu de tels incidents dont 1 personne sur 25 qui aurait été victime d'inceste.
>
> (Gaudreau et Labrie 1990, 132-135)

Si les données citées sont exactes lorsqu'il est mentionné qu'un canadien sur 25 aurait vécu l'inceste (ce qui correspond à 4%), alors le pourcentage (5%) de cas révélé par cette recherche-ci est tout à fait réaliste. Il faudrait compter avec cette réalité chez les jeunes en n'oubliant pas que la sexualité est le principal sujet abordé dans le cadre des programmes d'éducation sexuelle même dans le cadre de ceux qui visent la pré-

vention de problèmes d'un autre ordre que l'inceste comme celui du sida. Les interventions à ce niveau risquent de faire ressortir ce genre de problématiques sexuelles chez les jeunes et il serait indispensable d'y être préparé.

Une autre question un peu plus éloignée de la sexualité, mais plus rapprochée du phénomène du sida, a été posée aux jeunes. Il s'agissait pour eux d'indiquer s'ils s'étaient déjà injectés des drogues et d'autres produits (numéro 1 et 2). Ils ont été 3% à répondre par l'affirmative à l'injection de drogues et 2%, à l'injection d'autres produits. Le rapport canadien sur les jeunes de la rue faisait état que 12% d'entre eux et 5% des décrocheurs s'étaient déjà injectés des drogues (Radford, King et Warren, 1989, p. 129). L'utilisation de seringues est donc sensiblement moins répandue chez les jeunes du territoire du DSC que chez les décrocheurs canadiens et beaucoup moins que chez les jeunes de la rue.

Excepté ces deux questions sur l'inceste et sur les produits injectés, la troisième section du questionnaire a permis de fournir des renseignements sur trois (3) aspects importants qui caractérisent le comportement sexuel des jeunes. Ces aspects sont l'ampleur de leur expérience sexuelle, la nature de certaines de leurs activités sexuelles et des indications sur les types de partenaires sexuels qu'ils ont.

Les jeunes du territoire du DSC ont beaucoup d'activités sexuelles et l'expérience de relations sexuelles est le lot d'une grande majorité d'entre eux. Cette expérience est moins répandue parmi les membres de ce groupe que chez les décrocheurs canadiens et les jeunes de la rue, mais plus répandue que chez les étudiants québécois et canadiens de leur groupe d'âge. Avec une moyenne de 19 relations sexuelles cumulées, le taux d'activités sexuelles des jeunes du territoire du DSC se rapproche de celui des décrocheurs canadiens et demeure plus élevé que celui des étudiants québécois de leur âge. Comparé aux étudiants de secondaire V, proportionnellement plus de jeunes du DSC ont de 2 à 5 partenaires ou plus de 5 partenaires; il appert cependant qu'ils soient en proportion moins grande dans ce cas que les jeunes de rue et les décrocheurs canadiens. Il faut donc conclure que l'activité sexuelle des jeunes interrogés sur le territoire du DSC est plus considérable que celle de leurs pairs étudiants, mais moins ample que celle des décrocheurs et des jeunes canadiens de la rue.

Certaines activités sexuelles comme la pénétration anale et la prostitution sont critiques par rapport à la problématique du sida et de la prévention. Les résultats de cette recherche révèlent d'une part qu'un répondant sur six actifs sexuellement a eu l'expérience de la pénétration anale; 13% des jeunes interrogés sur le

territoire du DSC rapportent en effet avoir eu cette expérience, ce qui est moins que les décrocheurs ou les jeunes de la rue. Rappelons qu'il a été impossible de comparer avec les étudiants canadiens, la question ne leur ayant pas été posée. Ce taux se rapproche cependant de celui de la population hétérosexuelle montréalaise établi lors du sondage de Dupras, Lévy, Samson et Tessier (1989); l'expérience de la pénétration anale avait été rapportée par 15% des adultes qui avaient un partenaire régulier et 11% de ceux qui avaient un partenaire occasionnel. D'autre part, le problème de la prostitution juvénile n'est pas absent du territoire du DSC même si celui-ci n'est pas situé au Centre-Ville de Montréal ou dans les zones où la prostitution est un phénomène relativement visible. Les résultats révèlent en effet que 5% des répondants auraient des relations sexuelles en échange de rétributions. Parmi eux, certains ne sont évidemment pas strictement assimilables à des jeunes prostitués. Mais comme dans le cas de ces derniers, l'attrait exercé par la promesse d'une récompense ou l'impression d'avoir reçu de l'attention à cause des rétributions obtenues peuvent l'emporter sur la sécurité et l'intégrité physiques. Comme les prostitués, ces jeunes risquent de ne pas prendre les précautions qui s'imposent pour assurer leur protection et celle de leur partenaire sexuel car "ceux qui pratiquent la prostitution acceptent parfois de ne pas (...)utiliser [le condom] avec leurs clients moyennant une somme d'argent supplémentaire" (Radford, King et Warren 1989, p.125).

Finalement, les résultats donnent certaines indications sur les partenaires sexuels des jeunes interrogés. En grande majorité, les jeunes ont des relations sexuelles avec des partenaires de sexe opposé. La proportion des jeunes interrogés qui ont eu un ou des partenaires sexuels de leur sexe correspond à celle des adultes montréalais (3,5%) qui se sont dits homosexuels dans le sondage de Dupras, Lévy, Samson et Tessier (1989). Sur dix jeunes interrogés, 6 ont une petite amie ou un petit ami réguliers. En grande majorité, ces jeunes rapportent avoir des relations sexuelles avec leur partenaire régulier. Leur liaison avec la petite amie ou le petit ami réguliers dure depuis moins d'un an dans la plupart des cas et depuis six mois ou moins dans près de 4 sur les 6 jeunes qui ont un partenaire régulier. Toutes proportions gardées, ils seraient apparemment moins nombreux que les collégiens et les universitaires canadiens à vivre une relation à long terme. Ils sont aussi proportionnellement moins nombreux à avoir un partenaire régulier que les montréalais interrogés par Dupras, Lévy, Samson et Tessier (1989); les trois quarts des adultes disaient alors avoir un partenaire régulier.

Les jeunes qui ont été interrogés ici semblent donc différents de la popula-

tion étudiante et des jeunes de la rue décrits lors de l'enquête nationale. Sous certains angles, ils sont apparus parfois semblables et parfois différents des jeunes décrocheurs canadiens impliqués dans l'enquête nationale. À la lumière des résultats obtenus et de leur comparaison avec ceux de l'enquête nationale, il est permis d'affirmer que les jeunes interrogés qui fréquentent les organisations non scolaires du territoire du DSC constituent une catégorie de jeunes distincte par certaines caractéristiques socio-démographiques, et aux plans de ses connaissances, ses attitudes et ses comportements sexuels.

5.4 Les interrelations entre les connaissances, les attitudes, les comportements, le sexe et l'âge

L'âge apparaît habituellement important pour différencier les performances des adolescents à des questionnaires comme celui qui a été administré aux jeunes répondants. Le tableau 5 présente donc une vue d'ensemble de leurs résultats par groupes d'âge. Ce découpage montre à première vue certaines distinctions selon les âges, mais ne garantit pas l'existence d'une relation entre l'âge des répondants et leurs résultats. Pour le vérifier, il faut recourir à certaines épreuves statistiques. Aussi, l'analyse des données à l'aide de tableaux croisés et de tests de chi carré a permis de faire ressortir ces interrelations entre les connaissances, les attitudes à l'égard de la prévention et du sida, certains aspects du comportement sexuel et l'âge ou le sexe des répondants.

D'abord, les connaissances des jeunes répondants ont été trouvées en relations statistiquement significatives avec plusieurs variables. Le tableau 6 présente ces résultats en montrant les tableaux croisés obtenus. Les tests de chi carré ont révélé la présence de liens significatifs entre les connaissances et l'âge (chi carré = 23,9, à 12 degrés de liberté et p=0,02), le sexe (chi carré=16, à 2 degrés de liberté et p=0,00), les attitudes (chi carré= 17,0 à 2 degrés de liberté et une signification p=0,00), le nombre de relations sexuelles que les jeunes disent avoir eues (chi carré=22, à 12 degrés de liberté et p=0,04) et l'expérience de relations vaginales (chi carré=10,4 à 2 degrés de liberté et une signification p=0,00). Aucune relation significative n'est apparue (à $p<0,05$) entre les connaissances et la fréquentation scolaire ou le nombre de partenaires sexuels, l'expérience de relations sexuelles anales, ou le fait d'avoir ou non un partenaire régulier. La nature des relations indiquées par les tests de chi carré a été établie grâce aux résultats des tableaux croisés (Tableau 6). Voyons d'abord les liens qui se dégagent entre les connaissances et l'âge.

Il serait logique de supposer qu'au fur et à mesure qu'il vieillit, l'adolescent connaît mieux le phénomène du sida et

Tableau 5 : Résultats par âge pour les connaissances, les attitudes et le taux de relations sexuelles

Identification des variables	Moyenne	écart-type	N	Cas exclus
Test de connaissance pour l'ensemble des répondants:	74.9 %	13.6	202	8
- Résultats par âge				
- 13 ans et moins	72.6 %	2.1	3	
- 14 ans	67.0 %	11.7	43	
- 15 ans	72.2 %	13.3	42	
- 16 ans	72.5 %	12.9	42	
- 17 ans	72.6 %	11.4	44	
- 18 ans	74.4 %	16.2	25	
- plus de 18 ans	92.9 %	0.0	3	
Test d'attitude pour l'ensemble des répondants:	3.6 (sur 5)	0.5	200	10
- Résultats par âge				
- 13 ans et moins	3.8 (sur 5)	0.4	3	
- 14 ans	3.5 " "	0.5	43	
- 15 ans	3.6 " "	0.4	41	
- 16 ans	3.3 " "	0.4	42	
- 17 ans	3.5 " "	0.5	44	
- 18 ans	3.6 " "	0.4	24	
- plus de 18 ans	3.7 " "	0.2	3	
Taux de relations sexuelles pour l'ensemble des répondants	19.0	28.9	166	44
- Taux par âge:				
- 13 ans et moins	5.3	7.6	3	
- 14 ans	6.3	11.7	41	
- 15 ans	15.6	27.3	34	
- 16 ans	18.5	25.4	35	
- 17 ans	28.3	34.1	30	
- 18 ans	34.6	37.8	22	
- plus de 18 ans	plus de 100	----	1	

Tableau 6: Relations établies avec les connaissances (chi carré significatif à p<0.05)

Relations avec:		Résultats au test de connaissance en % de répondants qui ont: moins de 65% (faibles)	de 65 à 80% (moyens)	plus de 80% (forts)	Total=n (et % de N[a])
1. l'âge:	13 ans et moins	0	100,0	0	3(1,5%)
	14 ans	30,2	62,8	7,0	43(21,3%)
	15 ans	19,0	52,4	28,6	42(20,8%)
	16 ans	19,0	50,0	31,0	42(20,8%)
	17 ans	27,3	43,2	29,5	44(21,8%)
	18 ans	20,0	40,0	40,0	25(12,4%)
	plus de 18 ans	0	0	100,0	3(1,5%)
Total: n (et % de N)		46(22,8%)	102(50,5%)	54(26,7%)	N=202(100%)
2. le sexe:	garçons	37,5	47,2	15,3	72(35,8%)
	filles	14,7	52,7	32,6	129(64,2%)
Total: n (et % de N):		46(22,9%)	102(50,7%)	53(26,4%)	N=201(100%)
3. les résultats au test d'attitude:					
moins de 2 sur 5		0	0	0	0
de 2 à 3,5 sur 5		34,8	46,7	18,5	92(45,1%)
3,5 et plus sur 5		11,6	55,4	33,0	112(54,9%)
Total: n (et % de N)		45 (22,1%)	105(51,5%)	54(26,5%)	N=204 (100%)
4. le nombre de relations sexuelles:					
Aucune		40,0	46,7	13,3	45 (26,9%)
De 1 à 4 relations sexuelles		17,9	67,9	14,3	28 (16,8%)
De 5 à 10	" "	24,1	44,8	31,0	29 (17,4%)
De 11 à 20	" "	26,9	46,2	26,9	26 (15,6%)
De 21 à 50	" "	22,2	55,6	22,2	18 (10,8%)
De 51 à 100	" "	0	71,4	28,6	7 (4,2%)
Plus de 100	" "	7,1	35,7	57,1	14 (8,4%)
Total: n (et % de N):		42 (25,1%)	85 (50,9%)	40(24,0%)	N=167 (100%)
5. l'expérience de la pénétration vaginale		17,0	52,9	30,1	153(75,0%)
sans cette expérience:		37,3	47,1	15,7	51(25,0%)
Total: n (et % de N):		45 (22,1%)	105 (51,5%)	54(26,5%)	N=204 (100%)

a- Parmi les 210 répondants, certains n'ont pas répondu à toutes les questions; leurs résultats devaient alors être omis pour les analyses statistiques.

de la prévention. Or, la relation trouvée est légèrement différente. Dans chaque groupe d'âge, le taux de connaissance est surtout moyen, sauf à 18 ans (Tableau 6). Il est vrai que les jeunes qui connaissent moyennement le sujet sont proportionnellement plus nombreux à mesure que l'âge s'accroît de 14 ans à 17 ans, les forts constituant des groupes moins nombreux suivis des groupes de faibles. À 18 ans, les répondants du groupe de forts et ceux du groupe de moyens sont en proportions équivalentes. Et en faisant abstraction des 17 ans, l'écart entre le nombre de forts et de moyens au test de connaissance paraît diminuer à mesure que l'âge augmente et le pourcentage de répondants forts au test de connaissance s'accroît proportionnellement avec l'âge.

La relation entre l'âge et les connaissances n'est toutefois pas aussi linéaire qu'elle n'y paraît. Ainsi, au tableau 5, les 15-17 ans semblaient former un groupe relativement homogène quant à leurs résultats au test de connaissances et au tableau 6, la répartition faibles-moyens-forts des 15 ans est semblable à celle des 16 ans. Les 15-16 ans constituent un groupe distinct des autres et relativement homogène au plan des connaissances. Les 17 ans sont semblables aux répondants de 14 ans en ce qu'ils comptent une proportion approchant les 30% de faibles au test de connaissances mais se rapprochent plutôt des 15-16 ans avec leur moyenne au test de connaissances (72%). Comme l'ensemble des répondants toutefois, ils semblent s'insérer dans le courant d'une diminution progressive avec l'âge, de l'écart entre le pourcentage des répondants forts et des répondants moyens au test de connaissance. Mais chez les 17 ans, cet écart est dû à une proportion plus élevée de répondants faibles et n'est alors pas justifiable par l'augmentation du nombre de répondants forts, comparé à ce qui s'est produit dans les groupes d'âge inférieur. Les 17 ans forment donc une catégorie à part. Ainsi, la relation entre les connaissances et l'âge n'est pas de nature corrélationnelle. Par conséquent, pour faciliter l'information ou enseigner des connaissances sur la prévention et le sida, il serait préférable de viser distinctement les groupes au niveau de leurs connaissances, selon qu'ils soient âgés de 14 ans, de 15-16 ans, de 17 ans ou de 18 ans.

D'autres liens sont apparus avec les connaissances (Tableau 6). D'abord, les filles auraient de meilleures connaissances que les garçons. Puis, parmi ceux qui ont des connaissances moyennes ou supérieures, la proportion de répondants qui ont les attitudes les plus positives est plus élevée que la proportion de jeunes qui ont des attitudes moins positives. À l'inverse, parmi les jeunes qui sont faibles au test de connaissances, la majorité ont aussi des attitudes moins positives. Ensuite, la majorité (87%) des jeunes qui n'ont pas eu de relations

sexuelles comptent aussi parmi les faibles ou les moyens au test de connaissances. À l'inverse, les connaissances sont meilleures avec une plus grande expérience de relations sexuelles. L'expérience de relations anales et le nombre de partenaires sexuels ne sont pas significativement reliés aux connaissances. Par contre, les connaissances des jeunes à propos du sida et de la prévention sont reliées à l'expérience de relations vaginales. Comparé aux jeunes qui n'ont pas cette expérience, la proportion de ceux qui l'ont vécue est beaucoup plus élevée parmi les moyens et les forts au test de connaissances que parmi les faibles. Cela montre donc l'existence d'un rapport direct entre certains aspects de l'expérience sexuelle et de la connaissance de la prévention, du sida et des MTS.

Les attitudes sont apparues reliées aux connaissances, selon les résultats présentés plus haut pour les connaissances. Une relation a aussi été trouvée entre les attitudes et le sexe des répondants (chi carré=14,7, à 2 degrés de liberté et p=0,00). Toutes proportions gardées, les filles sont en effet plus nombreuses que les garçons à faire montre d'une attitude fortement positive (Tableau 7). Les garçons se répartissent également entre le groupe de jeunes aux attitudes moyennement positives et celui aux attitudes fortement positives; les trois quarts des filles ont une attitude fortement positive et le quart d'entre elles seulement montrent une attitude moyennement favorable aux divers aspects de la prévention. Aucune relation significative n'est toutefois ressortie entre les attitudes et l'âge, la fréquentation scolaire, la fait d'être en établissement pour jeunes mésadaptés socio-affectifs, le taux de relations sexuelles, le nombre de partenaires sexuels, l'expérience ou non de la pénétration vaginale, de la pénétration anale, ou le fait d'avoir un partenaire régulier.

Le taux d'activités sexuelles (Tableau 8) n'est pas relié au sexe ni au lieu de naissance des répondants (Québec, ailleurs au Canada ou à l'étranger) ou au fait d'avoir ou non vécu des activités sexuelles intra-familiales. Il est par contre relié à l'âge (Chi carré= 57,8 à 36 degrés de liberté et avec une signification de p= 0,01) (voir le tableau 5) et à la vie en établissement pour MSA (mésadaptés socio-affectifs) (chi carré=26,1 à 12 degrés de liberté avec une signification de 0,01). Le taux d'activités sexuelles reflète assez bien l'expérience sexuelle des répondants car il est aussi relié à la présence ou à l'absence d'un partenaire régulier (chi carré=28,4 à 6 degrés de liberté et une signification de 0,00), le cas échéant à la durée du couple (chi carré=55,6 à 36 degrés de liberté et une signification de 0,02), à l'expérience de relations sexuelles hétérosexuelles (chi carré=109,9 à 6 degrés de liberté et une signification de 0,00) et au nombre de partenaires sexuels cumulés (chi

Tableau 7: Relations entre le test d'attitude et le sexe des répondants

Attitude (minimum=1; maximum=5)	Garçons (%)	Filles (%)	Total: n (et % de N)
- Moins de 2 (négative)	0	0	0
- De 2 à 3,5 (moyennement positive)	50,0	23,9	90 (45,2%)
- Plus de 3,5 (fortement positive)	50,0	76,1	109 (54,8%)
Total: n (et % de N)	71 (35,7%)	128(64,3%)	199 (100%)

Tableau 8: Les relations établies entre le taux d'activités sexuelles et les différentes variables de l'expérience sexuelle

Relation avec:	Taux de relations sexuelles							Total
	Aucune	1 à 4	5 à 10	11 à 20	21 à 50	51 à 97	98 et +	n (et % de N)
- l'âge:								
-13 ans et moins	33,3	33,3	0	33,3	0	0	0	3 (1,8%)
-14 ans	46,3	14,6	22,0	12,2	2,4	2,4	0	41 (24,7%)
-15 ans	29,4	20,6	8,8	23,5	8,8	0	8,8	34 (20,5%)
-16 ans	25,7	11,4	20,0	17,1	17,1	2,9	5,7	35 (21,1%)
-17 ans	3,3	23,3	20,0	16,7	16,7	3,3	16,7	30 (18,1%)
-18 ans	18,2	13,6	18,2	4,5	13,6	18,2	13,6	22 (13,3%)
- plus de 18	0	0	0	0	0	0	100	1 (0,6%)
Total: % de N=	26,5%	16,9%	17,5%	15,7%	10,8%	4,2%	8,4%	100% (N^a=166)
- avoir ami régulier								
- oui	14,7	14,7	19,6	20,6	12,7	5,9	11,8	102(61,4%)
- non	46,9	20,3	14,1	7,8	7,8	1,6	1,6	64(38,6%)
Total: % de N=	27,1%	16,9%	17,5%	15,7%	10,8%	4,2%	7,8%	100%(N^a=166)
-Si oui, durée du couple								
-1 mois ou moins	31,3	18,8	18,8	12,5	6,3	6,3	6,3	16 (16,2%)
-2 ou 3 mois	11,1	11,1	18,5	37,0	0	11,1	11,1	27 (27,3%)
-4 à 6 mois	9,5	38,1	9,5	23,8	19,0	0	0	21 (21,2%)
-7 à 12 mois	12,5	0	18,8	18,8	18,8	6,3	25,0	16 (16,2%)
-13 à 18 mois	30,0	0	20,0	0	40,0	0	10,0	10 (10,1%)
-19 à 24 mois	0	0	25,0	0	25,0	25,0	25,0	4 (4,0%)
- 25 mois et plus	0	20,0	40,0	0	0	0	40,0	5 (5,1%)
Total: % de N=	15,2%	15,2%	18,2%	20,2%	13,1%	6,1%	12,1%	100%(N^a= 99)
- Ont déjà eu un rapport sexuel hétérosexuel	3,4	22,4	21,6	20,7	15,5	5,2	11,2	116(69,9%) 100%(N^a=166)

a: Ce total représente le nombre de répondants dont toutes les données étaient simultanément disponibles pour les deux variables considérées.

Tableau 8 (suite): Les relations établies entre le taux d'activités sexuelles et les différentes variables de l'expérience sexuelle (suite)

Relation avec:	Taux de relations sexuelles							Total
	Aucune	1 à 4	5 à 10	11 à 20	21 à 50	51 à 97	98 et +	n (et % de N)
- Nombre de partenaires								
- aucun	97,8	0	2,2(?)	0	0	0	0	45 (26,9%)
- 1	0	39,3	25,0	7,1	14,3	3,6	10,7	28 (16,8%)
- 2	0	45,8	29,2	12,5	4,2	4,2	4,2	24 (14,4%)
- 3 à 6	2,4(?)	14,3	31,0	31,0	14,3	4,8	2,4	42 (25,1%)
- 7 à 10	0	0	5,6	27,8	22,2	11,1	33,3	18 (10,8%)
- 11 à 50	0	0	0	37,5	37,5	0	25,0	8 (4,8%)
- 51 et plus	0	0	0	0	0	50,0	50,0	2 (1,2%)
Total: % de N=	26,9%	16,8%	17,4%	15,6%	10,8%	4,2%	8,4%	100%(N^a=167)
- MSA								
- oui	6,7	16,7	23,3	30,0	10,0	10,0	3,3	30 (18,0%)
- non	31,6	16,9	16,2	12,5	11,0	2,9	8,8	136 (81,4%)
- sans indication	0	0	0	0	0	0	100	1 (0,6%)
Total: % de N=	26,9%	16,8%	17,4%	15,6%	10,8%	4,2%	8,4%	100%(N^a=167)

a: Ce total représente le nombre de répondants dont toutes les données étaient simultanément disponibles pour les deux variables considérées.

carré=238,6 à 36 degrés de liberté et avec une signification de 0,00). La nature de ces relations peut être dégagée des tableaux croisés rassemblés au tableau 8. La relation entre le taux de relations sexuelles et l'âge des répondants est complexe et difficile à dégager des données présentées au tableau 8. Il est cependant possible de faire certaines constatations. D'abord, comme il fallait s'y attendre, les données montrent que de 14 à 18 ans, les adolescents plus âgés sont proportionnellement moins nombreux à ne pas avoir vécu l'expérience de la relation sexuelle, les 17 ans étant plus nombreux dans ce cas, toutes proportions gardées. Ensuite, les pourcentages des jeunes à avoir des relations sexuelles varient d'un âge à l'autre; mais les observations ne peuvent pas confirmer l'hypothèse qui présume que les plus âgés soient les plus nombreux à cumuler plus d'expériences sexuelles. Par exemple, les 15 ans et les 17 ans sont plus de 20% à avoir vécu de 1 à 4 relations sexuelles, tandis que ce pourcentage est inférieur dans les cas des 14 ans, des 16 ans et des 18 ans. Autre exemple, dans chacun des groupes d'âge de 14 à 18 ans, au moins le tiers, approximativement, des adolescents ont vécu de 1 à 10 relations sexuelles. À 15 ans et à 17 ans, près de 40% des jeunes sont compris dans cette catégorie, tandis qu'ils sont moins de 37% dans cette catégorie à 14 ans, à 16 ans et à 18 ans. L'expérience sexuelle rapportée par les 14 à 18 ans est plus répandue parmi les 15 ans et les 17 ans et semble plus fréquente à ces âges. Cela peut se comprendre à la lumière des autres variables reliées significativement avec le taux de relations sexuelles. Parmi ceux qui déclarent avoir de 1 à 4 relations sexuelles, il y a, par exemple, 39% des jeunes qui disent n'avoir eu qu'un seul partenaire sexuel, 46% de ceux qui déclarent avoir eu 2 partenaires et 14% de ceux qui auraient eu de 3 à 6 partenaires sexuels. Si la fréquence s'étend de 1 à 10 relations sexuelles, la catégorie ainsi constituée regroupe alors 64% de ceux qui ont un seul partenaire, 75% de ceux qui en ont 2 et 45% de ceux qui en ont de 3 à 6.

Différentes pistes d'explications permettent de comprendre la situation des 15 ans et des 17 ans. Il se peut d'abord que les jeunes de 15 ans et de 17 ans aient surévalué la fréquence de leurs expériences sexuelles. Dans ce cas, ils l'auraient fait plus que les répondants des autres groupes d'âge. Pourquoi? Cette piste d'explications reste peu satisfaisante. Une seconde explication semble davantage acceptable. Puisque 15 ans est l'âge moyen de la première relation sexuelle, c'est celui de la découverte de la vie sexuelle active. L'adolescent vit alors une période d'exploration et d'expérimentation de ses nouvelles capacités sexuelles. La fréquence de relations sexuelles est peut-être plus élevée pendant cet épisode de la vie. À 16 ans, le cumul de son bagage d'expérience et la poursuite de son développement lui

permettent probablement de passer à une autre étape moins effervescente. À 17 ans, les probabilités sont plus élevées qu'à 16 ans d'avoir eu 2 partenaires sexuels réguliers (durée des couples en moyenne 6 mois) et par conséquent, d'avoir cumulé plus d'expériences sexuelles. Et comme le taux de relations sexuelles est apparu relié au fait d'être en couple et à la durée de ce couple, il est raisonnable de croire que les 17 ans verraient s'accélérer le cumul de leurs d'expériences sexuelles. Ces observations indiquent donc qu'à l'adolescence, la relation entre l'âge et l'expérience sexuelle n'est pas corrélationnelle. Des recherches complémentaires et d'autres analyses statistiques plus approfondies seraient nécessaires pour affirmer hors de tout doute que l'évolution des activités sexuelles des jeunes de 14-18 ans suit une courbe irrégulière qui comporte ses points culminants à 15 ans et à 17 ans. Mais si les données de cette recherche reflètent bien la réalité de la jeunesse qui fréquente les établissements hors scolaires, elles démontrent la nécessité d'ajuster les interventions en éducation sexuelle préventive au vécu des jeunes des différents groupes d'âge.

Une remarque s'impose à propos des résultats obtenus par les jeunes provenant des établissements pour mésadaptés socio-affectifs. Il arrive que cette population soit considérée comme ayant des caractéristiques particulières, ce qui en ferait pour l'intervention de prévention, un groupe-cible distinct des autres groupes de jeunes. Or, les résultats de cette recherche ont montré auparavant que les connaissances et les attitudes à l'égard du sida et de la prévention, ainsi que certains comportements sexuels (rapports sexuels avec partenaires de même sexe, de sexe différent, avoir un ami régulier, etc.) ne sont pas reliés au fait d'être en établissement pour jeunes MSA. Ce genre de relations significatives n'a en effet pas pu être établi à l'aide de tests de chi carré. Cependant, en plus d'être relié au taux d'activités sexuelles (voir le tableau 8), le fait d'être en établissement pour jeunes MSA s'est trouvé significativement relié à l'expérience d'activités sexuelles intra-familiales (chi carré=6,5 à 2 degrés de liberté et p=0,04). Parmi l'ensemble des répondants, rappelons que 5% disent avoir eu de telles activités. Mais ils sont proportionnellement plus nombreux à provenir des milieux pour MSA (14% des membres de ce groupe) que des autres milieux (3,6% des membres de ce groupe). Cela confirme les perceptions qu'en ont ordinairement des intervenants de ces organisations pour jeunes MSA.

***

Conclusions

Les résultats de cette recherche débouchent sur plusieurs pistes qui mériteraient une attention particulière. Par exemple, à cause de nombreux préjugés

vis-à-vis de l'information et de l'éducation sexuelles, il s'avère important de faire remarquer l'inexactitude de la perception de ceux qui relieraient le savoir dans le domaine sexuel au "passage à l'acte". Une des conclusions de cette recherche porte sur ce point. Dans le même ordre d'idées, certaines conclusions seront présentées au sujet du lien entre attitudes et comportements sexuels. Cette recherche laisse aussi des questions en suspens qui concernent la distinction entre filles et garçons ou qui portent sur la fréquentation scolaire et sa relation avec les connaissances et les attitudes développées par les jeunes à propos du sida et de la prévention. Ces questions seront abordées plus bas. Mais la principale conclusion de cette recherche est que les 14 à 18 ans qui fréquentent les milieux extra-scolaires pour jeunes tendent à constituer un groupe distinct de ceux établis et interrogés dans l'enquête nationale sur les jeunes et le sida. Ce rapport se terminera donc par le portrait des caractéristiques générales de ce groupe de jeunes. Mais auparavant, voici quelques-uns des points intéressants à faire ressortir des résultats de cette recherche.

Certains continuent de penser que d'en savoir plus long sur la sexualité incite à passer à l'acte. Ils font omission du fait que la plupart des jeunes de 14-18 ans ont appris leurs comportements sexuels sans qu'ils ne soient enseignés explicitement lors de la diffusion d'informations par leurs parents, par l'école ou lors d'activités éducationnelles hors de l'école. Différents facteurs d'influence, tel que les étapes de développement à l'adolescence, peuvent expliquer le lien trouvé dans cette recherche-ci entre connaissance et comportement sexuel. En fait, le lien le plus plausible est le suivant: la connaissance augmente grâce à l'expérience. Les données ont en effet montré que les adolescents les plus expérimentés sexuellement sont plus nombreux que les autres à en savoir beaucoup sur le sujet du sida, des MTS et de la prévention. Il serait faux de prétendre que cette recherche-ci ait pu confirmer que l'expérience sexuelle augmente à l'adolescence grâce à l'accroissement des connaissances en matière de sexualité.

Ensuite, les résultats de cette recherche-ci ont semblé à l'encontre du courant d'idées qui rattachent les comportements aux attitudes. En théorie, les attitudes sont supposées recouvrir des dimensions affectives, cognitives et conatives(Morissette et Gingras, 1989). Les réactions affectives des jeunes ont été montrées sur le continuum attraction-répulsion en réponse au test d'attitude. Cet aspect de l'affectivité s'est montré relié à la dimension cognitive des jeunes représentée par leurs connaissances du sujet. C'est la dimension conative, laquelle devrait théoriquement correspondre aux comportements des jeunes, qui pose problème. Le lien présupposé

entre attitudes et comportements n'a pas pu se vérifier dans la réalité. Admettant que la théorie à propos des attitudes soit exacte, alors quel genre d'attitude doit-on s'attendre à voir reliée à des comportements de quelle nature? Il aurait peut-être été possible de découvrir des liens entre attitudes et comportements sexuels si l'attitude mesurée avait eu pour objet la sexualité plutôt que différents aspects reliés à la prévention en matière de sida et de MTS. Cette hypothèse nécessiterait d'être vérifiée empiriquement dans une recherche future.

Les distinctions filles-garçons par rapport aux résultats obtenus peuvent s'expliquer de diverses façons. Comme elles étaient deux fois plus nombreuses que les garçons dans l'échantillon, certains pourraient y voir une raison pour les différences observées. Mais les données étaient présentées en pourcentage; et comme les tableaux croisés et les tests de chi carré portent sur des proportions, cela n'a pas affecté les comparaisons ni la présentation des données et des résultats. Les résultats permettent donc d'affirmer ce qui suit. Premièrement, elles fréquentent probablement beaucoup plus que les garçons, les services de santé et les établissements pour mésadaptés socio-affectifs mais sont en moins grande proportion que les garçons à faire partie de la clientèle des organismes communautaires. Deuxièmement, elles en savent plus que les garçons sur le sujet du sida, des MTS et la prévention. Troisièmement, elles sont plus nombreuses que les garçons à avoir une attitude très positive. Ont-elles été plus sensibles aux interventions visant la prévention chez les jeunes? Sont-elles plus "protégées" que les garçons contre le sida? Cela reste à vérifier.

Un autre aspect important à considérer lorsqu'il est question des adolescents est relié à la fréquentation scolaire. Celle-ci n'est pas apparue reliée aux connaissances et aux attitudes. Selon les résultats de cette recherche, les jeunes possèderaient des connaissances dans le domaine du sida et auraient développé leurs attitudes dans ce domaine indépendamment du fait qu'ils fréquentent ou non l'école. Soit que ces attitudes et connaissances aient été développées avant que les jeunes ne cessent leurs études, soit que les écoles fréquentées par les jeunes ne faisaient pas ou faisaient trop peu d'activités éducatives dans ce sens, ou encore que ce genre d'activités scolaires visant les connaissances et les attitudes ne produisent pas l'effet escompté. Seule une évaluation rigoureuse de l'impact des interventions scolaires axées sur la prévention face au sida permettrait vraiment de savoir laquelle ou lesquelles de ces situations prévalent. Cela mérite aussi d'être vérifié.

L'ensemble des résultats de cette recherche permet de tracer le portrait-type des jeunes qui se retrouvent dans

les organisations communautaires ou d'autres milieux d'intervention sociale ou en santé extérieurs au réseau scolaire sur un territoire défini de la région montréalaise. Il ou elle a 16 ans, fréquente encore l'école et vit soit avec ses deux parents, soit avec sa mère ou son père seulement. Cette personne a expérimenté plusieurs fois des activités sexuelles coïtales et à ce jour, a eu consécutivement trois partenaires sexuels mais a pour le moment un partenaire régulier. Cette relation dure depuis moins d'un an ou même depuis 6 mois ou moins, et le couple a des relations sexuelles. Ses connaissances sur le sida, les MTS et la prévention sont relativement bonnes et ses attitudes, modérément favorables. Un portrait robot tel que celui-ci reste loin de la réalité puisqu'il décrit la majorité des membres d'un groupe en éliminant toutes les différences individuelles ou même toute distinction entre des sous-groupes. Ce portrait nécessite quelques ajustements pour refléter la situation réelle des jeunes. La description suivante serait plus révélatrice des résultats obtenus. Sur vingt jeunes de 14 à 18 ans que rencontrera l'intervenant d'un milieu ou d'un établissement hors scolaire, plusieurs correspondront à une ou plusieurs des caractéristiques suivantes. Quatre ne fréquenteront pas l'école et cinq ne vivront avec ni l'un ni l'autre de leurs parents. Cinq n'auront pas encore expérimenté les relations sexuelles tandis que deux auront l'expérience de la pénétration anale et 14 environ, de la pénétration vaginale. Près de huit n'auront pas de partenaires réguliers et un aura déjà fait l'expérience de s'injecter des produits (drogues ou autres). Cinq ne possèderont que peu ou pas de connaissances adéquates en matière de prévention face au sida et certains seront réticents à se rendre au cabinet du médecin pour se faire dépister en cas de doute d'infection au VIH. Les jeunes qui possèderont les meilleures connaissances auront aussi les attitudes les plus favorables. Les jeunes dont les connaissances seront les moins bonnes auront aussi les attitudes les moins positives. Les jeunes qui auront eu plusieurs activités sexuelles (et principalement l'expérience de la pénétration vaginale) seront aussi ceux qui en sauront le plus sur le sida, les MTS et la prévention.

En résumé, cette recherche a montré que les jeunes, même à l'extérieur des réseaux scolaires, sont relativement bien renseignés sur le sida, les MTS et la prévention, passablement favorables à la prévention et sexuellement actifs pour la plupart. Mais leurs comportements sexuels ne sont pas rattachés aux attitudes dans le domaine de la prévention du sida et des MTS et ces comportements ne sont associés que par certains aspects aux connaissances sur le sujet. Cela remet en cause les modèles sous-jacents aux interventions éducationnelles axées sur la prévention, puisque ces modèles

supposent qu'attitudes et comportements sont interdépendants.

Parmi les pistes possibles que cette recherche laisse entrevoir pour améliorer la situation des jeunes en face du phénomène du sida, la suivante est apparue très prometteuse. Elle oblige à admettre, au préalable, que la prévention dans le domaine du sida figure non seulement parmi les actions prioritaires du monde de la santé, mais aussi parmi les orientations que peut prendre l'intervention d'éducation sexuelle auprès de la jeunesse. Comme nous l'avons déjà montré ailleurs (Gaudreau, 1989), il y a une variété d'orientations possibles en éducation sexuelle. Parmi les plus générales, nous avons identifié ailleurs les cinq (5) principales, soient: centrées sur la personne, sur la société, sur le biologique, sur les aspects moraux ou religieux et sur la prévention. Les interventions d'éducation sexuelle qui se font auprès des jeunes dans une perspective de prévention pourraient ne pas évacuer les autres orientations puisque certaines se complètent fort bien; mais elles peuvent toutefois se trouver en opposition sur plusieurs points. Par contre, les efforts tentés actuellement pour contrer la propagation sexuelle du VIH favorisent l'éducation sexuelle à orientation préventive au détriment des autres orientations. Cela entraîne que la sexualité est abordée quelque peu en dehors du vécu sexuel personnel des jeunes, sans faire porter l'attention sur leurs distinctions et leur appartenance au groupe de garçons et de filles, sans référence au monde des valeurs, ni à leurs propres intérêts. Les interventions éducationnelles se répercuteraient probablement davantage sur les comportements sexuels des jeunes si elles visaient plus de dimensions des autres orientations d'éducation sexuelle que simplement la prévention. Ce sont leurs attitudes ou leurs connaissances à l'égard de la sexualité prise comme un axe multidimensionnel de la personne, plutôt que simplement à l'égard de la protection de la santé contre le sida et les MTS, qui auraient alors pu être rattachées au comportement sexuel des jeunes que nous avons pu décrire dans cette recherche. Tout en conservant la prévention comme perspective, la recentration sur l'éducation sexuelle sexologique des jeunes est susceptible de redonner sa place à la sexualité comme principal point de mire face à l'objectif qui consiste à contrer la transmission sexuelle du virus du sida. Compte tenu de la gravité de la problématique du sida, cela vaut certainement la peine d'examiner cette possibilité, de la mettre à l'essai et d'en évaluer les effets. Il est à espérer que la situation évolue dans cette direction pour le bien de la jeunesse et pour leur assurer un meilleur avenir... ou même simplement un avenir...

***

BIBLIOGRAPHIE

Association canadienne de santé publique (1990). Je me renseigne sur le sida. Ontario.

Beazley, R., King, A., & Warren, W. (1988). Étude sur les jeunes canadiens face au sida. Résultats pour le Québec. Social program evaluation group. Kingston, Ontario: Queen's University.

Berlinguet, M., Lindsay, J. (1989). Aspects psychosociaux du sida. Service social, 38 (1), 5.

Carrera, M. (1984). Reconceptualizing adolescence, SIECUS Report, XII, 4.

Centre fédéral sur le sida (1991). Mise à jour de surveillance: le sida au Canada. Ottawa, Canada, janvier.

Claes, M. (1983). L'expérience adolescente. Bruxelles: Pierre Mardega.

Département de Santé Communautaire de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (1989). Plan directeur 1989-1992. Montréal: DSC Sacré-Coeur.

DiClemente, R.J., Zorn, J., & Temoshok, L. (1986). Adolescents and Aids: survey of knowledge, attitudes and beliefs about Aids in San Francisco. American journal of public health, 76 ,(12), 1443-1445.

Dupras, A., Lévy, J.J., Samson, J.M., Tessier, D. (1989). La sexualité des montréalais et le sida. Longueuil, Qué.: Éditions IRIS.

Duquet, F. (1987). L'évaluation comparative de deux moyens didactiques pour l'éducation des jeunes en matière de prévention des maladies transmissibles sexuellement. Rapport d'activités (mémoire) de maîtrise en sexologie. Université du Québec à Montréal, Montréal.

Faller, K.C. (1988). Child sexual abuse. New York: Columbia University Press.

Feldman, W. Hodgson, C., Corber, S., & Quinn, A. (1986). Health concerns in health related behaviors of adolescents. Canadian medical association journal, 34, 489-493.

Gaudreau, L. (1989). La diversité des intervenants et intervenantes en éducation sexuelle (p. 238-274). Dans Dupras, A. (éd.) La sexologie au Québec. Longueuil: Éditions IRIS.

Gaudreau, L., Labrie, R. (1990). Les enseignants et l'aide aux jeunes agressés sexuellement. Canadian journal of education/Revue canadienne d'éducation, 15 (2), 132-154

Gemme, R. (1989). Contraception, grossesses non désirées chez les jeunes et développement de la sexologie au Québec: simple coïncidence ou influence certaine? (p. 165-203). Dans Dupras, A. (ed.). La sexologie au Québec. Longueuil: Éditions IRIS

Girard, G., Dupont, M.(1990). Prévention, intervention jeunesse: sida et autres MTS. Montréal: Hôpital du Sacré-Coeur.

Gordon, G., Klouda, T. (1989). Éviter une crise: le sida et le travail de planification familiale. Londres et Basingstoke: Macmillan Pub. Co. traduit par l'IPPF, Unité de prévention du sida, Fédération internationale pour la planification familiale.

Howard, M. (1985). Postponing sexual involvment among adolescents: an alternative approach to prevention of sexually transmitted diseases. Journal of adolescent health care, 6 ,(4), 271-277.

Katchadourian, H.A., Lunde, D.T. & Trotter, D. (1982). La sexualité humaine, (traduit par L. Villeneuve), Montréal: Editions HRW.

King, A.J.C., Beazley, R.P., Warren, W.K., Hankins, C.A., Robertson, A.S., & Radford, J.L.(1988). Étude canadienne sur les jeunes et le sida. Social program evaluation group. Kingston, Ontario: Queen's University.

Laurin, M. (1991). Évaluation d'implantation d'un guide d'activités éducationnelles en prévention face au sida et autres MTS. Rapport de travaux dirigés (non édité) en maîtrise en santé communautaire. Département de médecine sociale et pré-

ventive, Faculté de médecine, Faculté des Études supérieures, Université de Montréal, Montréal.

Lévy, J.J., Dupras, A.(1989). Les comportements sexuels et contraceptifs au Québec: aspects contemporains (p. 129-164). Dans Dupras, A.(éd.). La sexologie au Québec. Longueuil: Éditions IRIS.

Matteson, G.N. et al. (1984). Physician education in human sexuality. Journal of family practice, 19, (5), 683-684.

Miller, L., Downer, A.(1988). AIDS: What you and your friends need to know; a lesson plan for adolescents. Journal of school health, 58 (4), 137-141.

Morissette, D., Gingras, M. (1989). Enseigner des attitudes? Planifier, intervenir, évaluer. Bruxelles et Ste-Foy: De Boeck-Wesmael et Presses de l'Université Laval.

O'Reilly, K.R., Aral, S.O. (1985). Adolescence and sexual behavior: trends and implications for STD. Journal of edolescence health care, 6, (4), 262-270.

Organisation mondiale de la santé (1989). Programme mondial de lutte contre le sida. Dossier d'information-action, journée mondiale sida. Genève: OMS, 1 er décembre.

Picod-Bernard, C.(1990). Les adolescents-es et le sida en France: Données, prévention et profil comparatif avec le Québec. Communication présentée dans le cadre des exposés du groupe d'études sur le sida du Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, mars.

Radford, J.L., King, A.L., & Warren, W. K. (1989). Les jeunes des rues face au sida. Social program evaluation group. Kingston, Ontario: Queen's University.

Rienzo, B.A., Dorman, S.M. (1988). Ten consequences of the Aids crisis for the health education profession. Journal of school health, 58(8), 335-337.

Senenayake, P. (1984). Problems of Adolescent Sex. International journal of gynecology and obstetrics, 22, (6), 457-462.

Strunin, L., Hingson, R. (1987). Acquired immunodeficiency syndrome and adolescents: knowledge, beliefs, attitudes and behaviors. Pediatrics, 79, 825-828.

Teasdale, M., St-Onge, L. (1990). Guide complémentaire au guide d'activités 'Éducation à la sexualité' sur le sida et les autres MTS. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation et Centre Québécois de Coordination sur le Sida.

Yarber, W. H. (1990). A three-component HIV/Aids attitude scale for adolescents. Communication donnée au Congrès New perspectives on sexual science, Society for the Scientific Study of Sex, Minneapolis, Minnesota.

***

Annexe A
Questionnaire de la recherche

Version abrégée et adaptée du questionnaire sur les jeunes et le sida du groupe de King et al. (1988) de l'Université Queen's, Kingston, P. Ontario.

Un grand merci pour avoir accepté de répondre à nos questions. Cela permettra aux spécialistes de la santé, de la sexologie et de l'éducation de mieux connaître ce que les jeunes comme toi savent, pensent et vivent à propos du SIDA.

- N'indique pas ton nom sur le questionnaire. Tes réponses resteront anonymes. Et nous ne dévoilerons pas tes réponses personnelles à personne d'autre; tout est confidentiel. Quand nous publierons dans nos rapports l'ensemble des réponses de tous les jeunes qui auront répondu au questionnaire, personne ne pourra te reconnaître.

- Tu peux décider de ne pas répondre à ces questions. Nous comprendrions. Cela ne te causerait aucun tort. Mais il serait important que tu acceptes de répondre à toutes les questions, sans en sauter une. Comme cela, tu ferais partie de ceux qui font connaître ce que c'est d'être jeune aujourd'hui.

-Si tu n'es pas sûr ou sûre de ce que veut dire une ou l'autre des questions, demande des renseignements à la personne qu'on t'a indiquée.

Merci encore! T'es super!

Dr Louise Gaudreau, Ph.D.
Département de Sexologie
Université du Québec à Montréal

Dr Michèle Dupont, M.D.,M.Sc.
Département de Santé Communautaire
Hôpital du Sacré-Coeur(Cartierville)

Montréal, le 4 avril 1990

"MTS" signifie "Maladies Transmissibles Sexuellement"

Fais-nous connaître ce que tu sais. Tu réponds en cochant dans la case "Vrai" ou "Faux". Si vraiment tu ne connais pas la réponse, tu coches la case "Je ne sais pas". Vas-y!
Une seule réponse par question, s'il te plaît!...

	Vrai	Faux	Ne sais pas
1.Le virus du sida est internationalement connu sous les noms "virus de l'immunodéficience humaine" ou VIH.	☐	☐	☐
2. Le virus du sida affaiblit le système immunitaire en détruisant les globules rouges du sang.	☐	☐	☐
3. Les hommes et les femmes courent autant de risques d'avoir des problèmes sérieux s'ils attrapent une MTS.	☐	☐	☐
4. On peut guérir du sida si on se fait soigner très tôt.	☐	☐	☐
5. Tous les hommes homosexuels (gais) sont porteurs du virus du sida.	☐	☐	☐
6. Lorsqu'on a déjà eu une MTS, on ne peut pas l'attraper de nouveau.	☐	☐	☐
7. Il existe des tests (d'analyses du sang) qui permettent de dire si quelqu'un a été infecté par le virus du sida.	☐	☐	☐
8. Le sida est la première cause de décès chez les Canadiens de moins de 25 ans.	☐	☐	☐
9. On peut être infecté par le virus du sida et ne pas avoir de symptôme de la maladie pendant 7 ans et même plus.	☐	☐	☐
10. Les hommes comme les femmes risquent de ne plus être capables d'avoir d'enfants après avoir eu une MTS.	☐	☐	☐
	Vrai	Faux	Ne sais pas

	Vrai	Faux	Ne sais pas
11. On peut attraper l'herpès génital en ayant une relation sexuelle orale (= la bouche en contact avec les organes génitaux de l'autre personne).	☐	☐	☐
12. Le virus du sida peut se trouver présent dans une personne sans qu'on puisse le détecter pendant 6 mois.	☐	☐	☐
13. La vaseline est un bon lubrifiant à employer avec un condom.	☐	☐	☐
14. Une femme enceinte peut transmettre le virus du sida à son futur enfant.	☐	☐	☐
15. Lorsqu'on a des relations sexuelles avec des partenaires différents, on doit se faire examiner au moins une fois l'an afin de voir si l'on n'a pas de MTS.	☐	☐	☐
16. Lorsqu'on se partage des aiguilles pour s'injecter de la drogue, on court le risque d'attraper le virus du sida.	☐	☐	☐
17. La pilule anticonceptionnelle protège la femme contre les MTS.	☐	☐	☐
18. L'usage combiné d'un condom et d'un spermicide (mousse ou gel) constitue une protection efficace contre le virus du sida.	☐	☐	☐
19. On peut attraper une MTS ou le sida en s'assoyant sur un siège de toilette.	☐	☐	☐
20. Une femme peut transmettre à un homme le virus du sida pendant les relations sexuelles.	☐	☐	☐
21. En regardant quelqu'un, on peut savoir s'il a une MTS.	☐	☐	☐
22. On peut attraper le virus du sida en serrant quelqu'un dans ses bras.	☐	☐	☐
	Vrai	Faux	Ne sais pas

	Vrai	Faux	Ne sais pas
23. À l'occasion d'un contact génital entre homme et femme, certaines MTS peuvent s'attraper même si le pénis ne pénètre pas dans le vagin.	☐	☐	☐
24. L'AZT (azidothymidine) permet de guérir le sida.	☐	☐	☐
25. Le chlamydia <u>ne donne pas lieu</u> à des complications sérieuses.	☐	☐	☐
26. Si on a de nombreux partenaires sexuels, on court plus de risques d'attraper le virus du sida.	☐	☐	☐
27. Les femmes homosexuelles risquent d'attraper le virus du sida autant que les hommes homosexuels.	☐	☐	☐
28. Il arrive souvent qu'une personne ayant une MTS ne présente <u>aucun</u> symptôme de la maladie.	☐	☐	☐
	Vrai	Faux	Ne sais pas

Bon, c'est très bien. Maintenant, allons voir à la page suivante, ce que tu penses de certaines choses!..

Indique si tu es fortement en accord, d'accord, indifférent-e ("ça ne te dérange pas"), en désaccord ou fortement en désaccord avec chacune des idées suivantes.

Pour répondre (~~oxox~~), coche (✓) dans la case (☐), et n'inscris qu'une réponse seulement par question.

	Fortement en accord	Accord	Indif-férent-e	Désaccord	Fortement en désaccord
1. Ça change le vécu sexuel d'une personne si elle attrape une MTS.	☐	☐	☐	☐	☐
2. C'est sûrement gênant de voir un médecin quand on croit avoir le sida.	☐	☐	☐	☐	☐
3. C'est gênant d'aller acheter des condoms.	☐	☐	☐	☐	☐
4. On ne devrait pas être l'ami-e de quelqu'un qui a le sida.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Il faut informer sa ou son partenaire sexuel si on croit avoir le virus du sida.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Les pouvoirs publics (gouvernement) empêchent les jeunes d'obtenir l'information dont ils ont besoin sur le sida.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Le sida n'est pas un problème aussi grave que le disent la télé-vision, la radio et les journaux.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Si on emporte un condom avec soi, les gens vont penser qu'on veut avoir une relation sexuelle.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Les personnes qui ont le virus du sida devraient avoir le droit d'aller dans les mêmes endroits que les autres.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Pour assurer leur protection, les jeunes doivent discuter avec leur partenaire sexuel-le de la nécessité de porter le condom.	☐	☐	☐	☐	☐
	Fortement en accord	Accord	Indif-férent-e	Désaccord	Fortement en désaccord

	Fortement en accord	Accord	Indif-férent-e	Désaccord	Fortement en désaccord
11. À force d'entendre ce que la télévision, la radio et les journaux disent à propos du sida, on ne sait plus quoi penser.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Les personnes qui ont le virus du sida devraient être mises en quarantaine (obligées de vivre à part des autres).	☐	☐	☐	☐	☐
13. Les personnes qui ont le sida ont ce qu'elles méritent.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Le condom empêche le plaisir sexuel.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Les personnes comme moi ont peu de risque de contracter une MTS.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Même s'ils font tout pour éviter d'être infectés, certains attraperont le virus du sida.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ceux et celles qui ont le virus du sida devraient être obligés d'en informer les autres.	☐	☐	☐	☐	☐
	Fortement en accord	Accord	Indif-férent-e	Désaccord	Fortement en désaccord

Merci de nous avoir dit ce que tu penses!

Maintenant, nous allons tenter de te connaître un peu plus dans ta façon d'agir. Nous savons que les questions qui suivent sont parfois un peu embêtantes. Mais il est important que tu y répondes pour que nous comprenions les jeunes comme toi. ...

	Coche ta réponse: OUI	NON
1. T'es-tu déjà injecté-e des drogues ("Se shooter avec une seringue munie d'une aiguille") ?	☐	☐
2. T'es-tu déjà injecté-e d'autres produits à l'aide d'une seringue munie d'une aiguille?		
Quels produits?(Inscrire ici:_____)	☐	☐

	Coche ta réponse: OUI	NON
3. As-tu déjà eu des relations sexuelles (faire l'amour avec une ou plusieurs autres personnes) ?	☐	☐
4. Combien de fois environ as-tu eu des relations sexuelles? Écris ta réponse; inscris 0 si tu n'en as pas eues:_____fois		
5. As-tu déjà eu des relations sexuelles avec quelqu'un de la même famille que toi?	☐	☐
6. As-tu déjà eu des relations sexuelles avec quelqu'un de l'autre sexe?	☐	☐
7. As-tu <u>ordinairement</u> des relations sexuelles avec quelqu'un de l'autre sexe?	☐	☐
8. As-tu <u>déjà eu</u> des relations sexuelles avec quelqu'un du même sexe que toi?	☐	☐
9. As-tu <u>ordinairement</u> des relations sexuelles avec quelqu'un du même sexe que toi?	☐	☐
10. As-tu déjà eu des relations sexuelles où le pénis est introduit dans le vagin?	☐	☐
11. As-tu déjà eu des relations sexuelles où le pénis est introduit dans l'anus?	☐	☐
12. As-tu déjà eu des relations sexuelles pour recevoir de l'argent ou des cadeaux en retour?	☐	☐
13. As-tu déjà eu des relations sexuelles où tu as donné de l'argent ou des cadeaux en retour?	☐	☐

14. Avec combien de personnes différentes as-tu eu des relations sexuelles?
Écris ta réponse; inscris 0 si la réponse est "avec personne". _____

15. As-tu un "chum" régulier ou une "blonde" régulière actuellement?
Non☐ Oui ☐
<u>Si oui</u>: a) depuis combien de temps cette personne est-elle ton chum ou ta blonde?(Écris ta réponse:)____ans ____mois

b) as-tu eu des relations sexuelles avec cette personne?
(écris oui ou non): _____

16. Quel âge as-tu? (Inscris ton âge): ____ ans et _____ mois

17. De quel sexe es-tu? (Coche la bonne case) Garçon☐ Fille☐

18. Es-tu né-e au Québec?(Coche la réponse) Oui☐ Non☐
-Si tu as coché non, depuis combien de temps es-tu arrivé-e?___ans___mois

19. Quel est ton lieu de naissance? (Écris ta réponse):
Ville:_____ Province et Pays: _____

20.Tes parents sont-ils nés au Canada?(Coche les bonnes cases)
Père: Oui ☐ Mère: Oui ☐
Non☐ Non ☐
Si non dans quel pays?_____ Si non, dans quel pays?_____

21. Tes parents sont-ils nés au Québec? (Coche les bonnes cases)
Père: Oui ☐ Mère: Oui ☐
Non ☐ Non ☐

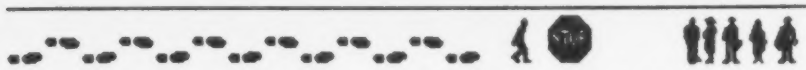
22. Quelle langue parles-tu le plus souvent?(Écris ta réponse)_____

23. Vis-tu actuellement? (Coche tes réponses)

	oui	non
-Avec tes deux parents	☐	☐
-Avec ta mère surtout	☐	☐
-Avec ton père surtout	☐	☐
-Sans tes parents, mais avec un,e ou des adultes qui les remplacent (par exemple: grands-parents,éducateurs, oncle, tante, grand-frère, grande-soeur, etc.)	☐	☐
-Avec un,e ami,e	☐	☐

- Autre: préciser:_____

24- Vas-tu encore à l'école? (Coche ta réponse)
Oui ☐ Si oui, en quelle année scolaire es-tu? (inscris -le): _____
Non ☐ Si non, quelle activité as-tu à la place de l'école?_____



C'est fini, nous y voilà! Merci beaucoup pour ta participation! **Place ton questionnaire dans son enveloppe; cachète l'enveloppe.**

ISBN 2-9802401-0-9